



**Universidad
Zaragoza**



**Escuela Universitaria de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza**

El cuidado invisible desde una doble perspectiva, la de pacientes y enfermeras

Autora:

Marta Callén Galindo

Tutora:

Concepción Germán Bes

Co-tutora:

Isabel Huércanos Esparza

**Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Julio 2012**

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Concha, por su orientación como tutora, y a Isabel, por su dedicación y ayuda desinteresada, fundamental para la elaboración de este trabajo, con mis mejores deseos en su trayectoria como investigadoras.

Gracias a mis compañer@s de Máster, por hacer más fácil con su compañía día a día, el camino durante estos dos años.

Gracias a todas las personas que han formado parte de este proyecto, pacientes y compañer@s, porque sin ellos no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

Gracias a mis amig@s y familia, especialmente a mis padres, por estar a mi lado en los momentos buenos y malos de manera incondicional.

ÍNDICE

Resumen.....	4
Justificación.....	6
Marco conceptual.....	10
Hipótesis y objetivos.....	13
Metodología y diseño:	
Perspectiva y tipo de estudio.....	15
Población y muestra: criterios inclusión y exclusión.....	15
Consideraciones éticas.....	16
Fuente y recogida de información.....	17
Variables del estudio.....	19
Codificación y tabulación de los datos.....	20
Análisis estadístico.....	21
Resultados.....	24
Discusión.....	34
Conclusiones.....	42
Dificultades, limitaciones del estudio y propuestas.....	44
Bibliografía.....	45
Anexos.....	52
Anexo 1: Solicitud de consentimiento para realizar el estudio	
Anexo 2: Documento de consentimiento informado para los participantes.	
Anexo 3: Cuestionario Care-Q de Patricia Larson	
Anexo 4: Cuestionario Percepción del Cuidado Invisible de enfermería de Isabel Huércanos	
Anexo 5: Distribución de las preguntas del PCIE por subescalas	
Anexo 6: Tablas	
Anexo 7: Gráficos	

RESUMEN

El trabajo expuesto a continuación, pretende realizar un análisis entre la percepción de la calidad del cuidado invisible por parte del personal de enfermería, así como por los pacientes ingresados y sus familiares y/o cuidadores. Este trabajo se ha llevado a cabo en un contexto concreto, la planta de hospitalización del “Hospital Sagrado Corazón de Jesús”, la cual recoge un tipo de paciente geriátrico, con procesos crónicos en su mayoría, que ingresan para realizar una rehabilitación, tratamiento y/o convalecencia de su enfermedad. Este tipo de ingresos, casi siempre de larga estancia, permiten que paciente y enfermera, obtengan una visión más objetiva y trabajada uno del otro.

Para ello se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. La recogida de datos se ha obtenido en la unidad anteriormente mencionada, utilizando un cuestionario para cada uno de los dos grupos a estudio, el Care-Q de Patricia Larson para los profesionales de enfermería, y el PCIE, de Isabel Huércanos en el caso de pacientes o familiares.

A través del programa informático SPSS en su versión 15.0, se analizaron un total de 48 cuestionarios, 18 del Care-Q a los que respondieron los profesionales de enfermería, y 30 del PCIE contestados por pacientes y familiares, con un Alfa de Cronbach de 0.947, y 0.959 respectivamente. En ambos cuestionarios se agruparon las preguntas según las subescalas del Care-Q, para comparar posteriormente la correlación entre estas y las variables sociodemográficas.

Los resultados del Care-Q muestran una relación entre la percepción que los enfermeros tienen con respecto a la calidad del cuidado que ejercen entre sus pacientes, y las subescalas “Es accesible”, “Conforta” y “Mantiene relación de confianza”, es decir, con aquellos cuidados esenciales en la relación de apoyo, aquellos que favorecen el bienestar de la persona, o los que tienen que ver con la cercanía del personal al paciente. Sin embargo, a la hora de establecer una puntuación según la importancia otorgada a cada pregunta, tienden a destacar aquellos cuidados derivados de las técnicas de enfermería

En el caso de los pacientes ingresados, y sus cuidadores familiares, muestran a través del PCIE, que las principales expectativas que tienen del personal de enfermería que les atiende van relacionadas con aquellos cuidados encaminados a favorecer la comodidad durante el ingreso, proporcionando ánimo cuando sea necesario, y favoreciendo el bienestar del entorno, haciendo que la estancia en el hospital sea más llevadera para unos y otros, otorgando menor importancia a las actividades derivadas de las técnicas, es decir, a las preguntas relacionadas con al subescala “Monitorea y hace seguimiento”.

JUSTIFICACIÓN

Desde el momento en el que comencé mis estudios universitarios para ser enfermera, he podido ir conociendo, y en consecuencia ir cambiando, la percepción que hasta entonces tenía de la profesión. Parece que la visión que la mayoría de la sociedad tiene acerca de la enfermería va directamente relacionada con la realización de técnicas derivadas de la medicina. Pero al profundizar en la profesión, podemos darnos cuenta de que existe otra dimensión cuidadora, más desconocida e intangible, pero sin la cual no tendría sentido su ejercicio.

Tal y como nombran Germán, Hueso y Huércanos¹, cuidar requiere de una formación específica que comprende al menos dos etapas y niveles, uno básico que es el que aprendemos en nuestra familia, en la escuela y en la sociedad en la que nos socializamos, y el especializado que adquirimos en el aprendizaje profesional.

Como enfermera, y con la oportunidad que este máster nos ofrece de poder realizar un trabajo de investigación, he creído conveniente hacer un estudio que intente reflejar la que creo que es la parte más olvidada de nuestra profesión, el arte de cuidar, y destacar la importancia implícita que esto conlleva, basándome en las opiniones que pacientes y enfermeras tienen sobre él.

En el poco tiempo que llevo trabajando, he podido observar, que una de las unidades y servicios en la que el cuidado se ve especialmente acentuado, es en aquella en la que nos encontramos con pacientes de la tercera edad. Cuando se habla del cuidado de los ancianos se destaca principalmente su dimensión emocional. El papel de Enfermería es básico ya que ofrece un servicio profesional, esencial, único, y específico a la población anciana.²

Este sector de la sociedad, muchas veces colocado en un segundo plano, es capaz de transmitir un afecto especial y recíproco ante el cuidado, colocando a este en una primera posición en una escala de importancia, y trasladando a un segundo lugar el resto de las técnicas de enfermería.

Fue cuando comencé a trabajar como enfermera en una planta de hospitalización de geriatría, cuando empecé a pensar en la idea de realizar un trabajo de fin de máster que aportara la visión del cuidado que este tipo de pacientes tienen sobre el mismo, pues como he comentado anteriormente, por sus características y circunstancias pueden resultar unos excelentes críticos. Me parece interesante, intentar buscar respuesta a preguntas como: ¿Qué expectativas tienen del personal de enfermería los pacientes ingresados y sus cuidadores y familiares? ¿Qué necesidades de cuidado, apoyo y suplencia requieren?

Pero mi visión va un poco más allá, pues el personal que trabaja con ellos, con el paso del tiempo llega a empatizar hasta tal punto que acaban por desarrollar de una manera especial todas las cualidades vinculadas al cuidado invisible y sacando a la luz la parte más humana de la profesión de enfermería, pero, ¿se corresponden las perspectivas de los pacientes y cuidadores con las del personal de enfermería? ¿Realmente conocemos cuales son estas perspectivas? ¿O debemos hacer un ejercicio de reflexión sobre los cuidados que ejercemos y los que deberíamos ejercer?

Mediante este trabajo, pretendo analizar una doble visión, la del cuidador y la persona cuidada, la de la enfermera que lleva a cabo estos cuidados, y la del paciente que los recibe, para poder observar las diferencias y similitudes que existen entre ambos, e intentar contestar a las anteriores preguntas.

Pienso que el tema de estudio que he elegido, resulta de gran importancia a todos los niveles:

A nivel macro, este tipo de estudio sirve para reivindicar la labor de enfermería. Desde hace un tiempo vengo observando que la sociedad de hoy en día tiene un concepto de la profesión que va directamente relacionado con las técnicas derivadas de la medicina, y que son pocos los que saben apreciar el tiempo que las enfermeras dedican a la labor de cuidar, ya que al ser actuaciones que no quedan plasmadas en ningún sitio, se les da ese valor de invisibilidad, quitándoles la importancia con la que cuentan. Es con trabajos como este, la manera de hacer visibles estos cuidados y la forma de resaltar el trabajo de cuidadores, profesionales y familiares. Además, es una manera de acercar y enseñar a la sociedad la parte fundamental que el trabajo de enfermera requiere.

Para comprender mejor la situación actual en la que se encuentra el cuidado, debemos echar la vista atrás, y ver la evolución que éste ha ido sufriendo con el paso de los años.

Cuidados informales es un término relativamente reciente que surge en torno a una serie de paradigmas superpuestos y muy influidos por la ideología feminista³. Abrumadoras son las cifras encontradas que colocan a la mujer (madre, hija, hermana, abuela), como figura principal en la realización de cuidados de personas de cualquier edad que necesitan cuidados por diversos motivos, siendo las principales cuidadoras en un 92% de los casos.⁴ Pero no sólo en la cantidad de tiempo que se dedica al cuidado informal distan ambos sexos, también encontramos diferencias en cuanto al tipo de cuidados que desempeñan uno u otro grupo. La bibliografía consultada demuestra que las mujeres cuidadoras asumen con mayor frecuencia los cuidados de atención personal e institucional y están más implicadas en las tareas de vigilancia y acompañamiento^{4,5}, es decir, asumen los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen mayor dedicación.

Cuando hoy hablamos de género y enfermería tratamos de ver la relación de mutua influencia entre ambos, en qué medida la enfermería como profesión y disciplina se ve afectada por el género y, a su vez, en qué medida, el tener un mayor número de mujeres afecta a la profesión enfermera.²² Pienso que este tipo de trabajos sirven para reivindicar y resaltar el papel que la mujer históricamente ha ejercido en relación con este tipo de cuidados, y realizar un análisis de género en la profesión, que ayude a comprender la relación que existe entre ambos.

A nivel meso, los resultados de este trabajo pueden servir para orientar o proponer líneas de mejora de la calidad del cuidado ejercido dentro del hospital. Según los resultados obtenidos, y al ser un estudio enmarcado dentro de un contexto concreto, puede servir como ejercicio de reflexión, para analizar y plantear, si fuese necesario, estrategias de mejora del cuidado ejercido por el personal de enfermería.

Además, y de nuevo con los resultados en la mano, sirve para medir con objetividad, la efectividad del personal de enfermería, valorar si existe falta del mismo, sobrecarga en el trabajo, y actuar en consecuencia siempre y cuando sea posible.

Analizando la participación de los servicios sociales, observamos que lo hacen de forma minoritaria en el cuidado de las personas que lo necesitan. Hay desplazamiento de cuidados, cada vez más complejos, hacia el sistema informal, en un marco de contención del gasto sanitario y escaso desarrollo de otros servicios de atención social.⁶ Sumergidos en plena crisis española, creo que es de vital importancia favorecer cualquier instrumento de calidad que nos dé una visión cercana del trabajo realizado día a día, pues la mayoría de criterios de evaluación empleados para medir la jornada laboral, se basan en registros, casi siempre encaminados a la detección de signos y síntomas, que no engloban al paciente en su totalidad.

A nivel micro, es un instrumento para fomentar la autocrítica. La decisión de comparar ambas perspectivas surge a partir de los hallazgos de Watson en algunas de sus investigaciones en las que se comprobó que las necesidades y expectativas con respecto al cuidado cambian y son diferentes en los colectivos de pacientes, enfermeras y estudiantes de enfermería³⁵. Esta información puede fomentar la autocrítica constructiva de los profesionales, contribuyendo en la toma de conciencia de las áreas de mejora y en el refuerzo positivo de las áreas que se están abordando de manera adecuada y beneficiosa para los pacientes. La percepción y opinión aportada por los pacientes ingresados y sus familiares, mediante las encuestas recogidas, es una información de primera mano para hacer llegar al personal de enfermería y permitir a este colectivo valorar si el trabajo ejercido se acerca a las necesidades y expectativas de la población a la que atienden. Además, y con respecto a estos datos recogidos, puede servir para realizar una reflexión personal acerca del tiempo que se dedica al cuidado, la importancia que se le concede al mismo, y valorar la satisfacción por parte de los pacientes acerca de este cuidado, pues esto último puede ser un criterio que ayude a que paciente y familia colabore de manera activa con el tratamiento, favorezca el autoestima para alcanzar una pronta recuperación, y por lo tanto disminuya los días de estancia en el hospital.

MARCO CONCEPTUAL

Es importante conocer el significado de un término enmarcado dentro de su contexto para poder llegar a comprenderlo en su totalidad.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE)¹⁶ el origen del término *cuidado* proviene del latín *cogitātus*, que quiere decir pensamiento. La relación establecida en esta definición entre cuidado y pensamiento, otorga al primero, un significado de acción intelectual, mental o espiritual, más que un significado de acción física o cinética¹⁵. A pesar de esto, en la práctica se sigue relacionando el cuidado con el hecho de realizar técnicas, dejando a un lado el aspecto derivado del pensamiento.

A pesar de encontrarnos en una profesión en la que el cuidado es el eje de la misma, como numerosos autores así lo destacan^{11,12,13}, resulta complicado establecer un consenso que exponga una definición clara, precisa y universal sobre qué es cuidar. Según Waldow y Borges, se entiende como proceso de cuidar, a la forma como se da el cuidado o como este debe establecerse.³⁴

Para Watson^{17,18}, el cuidado es la esencia de la Enfermería y debe estar constituido por acciones intersubjetivas y transpersonales para preservar, mejorar y proteger la humanidad ayudando a las personas a hallar un significado a la salud, enfermedad, dolor, sufrimiento y existencia y ayudar al otro a autocuración, autoconocimiento y autocontrol.

Colliere, sin embargo, define el cuidado como el proceso de asegurar la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida. Probablemente es una de las funciones humanas de mayor importancia¹⁹.

Nuestro trabajo de enfermeros, nos hace buscar un equilibrio constante entre la parte humana llamada “high touch”, y la técnica “high tech”,²¹ y aunque en la mayoría de ocasiones es la técnica la que se lleva la mayor parte del protagonismo, adentrándonos en la situación mental o espiritual antes mencionada, pienso que resulta imprescindible

hacer visible esta otra parte de la enfermería, que al no quedar registrada, parece que se le resta importancia. Como nombra Isabel Huércanos, el cuidado invisible (CI) comprende tanto acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían “registrables” (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.) como las acciones que serían susceptibles de registrar, por ser consideradas más profesionales que las anteriores, pero que sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (como la relación terapéutica, etc.)²⁰

Los instrumentos de evaluación que encontramos hoy en día, enfocados a buscar la opinión de los usuarios, por ejemplo las encuestas de satisfacción, o aquellos que se basan en la percepción de los gestores, como los cuestionarios enfocados a medir la eficiencia de los trabajadores, se centran principalmente en expresar la necesidad de la enfermera(o) de demandar más atención a los datos objetivos, a los cuidados corporales y a la técnica por la técnica, que a los datos subjetivos, aquellos con enfoque predominantemente afectivo, que utilizan los sentidos, las expresiones de los sentimientos, la emoción y aceptación en la relación persona-persona; donde los cuidados realizados son caracterizados por una relación interpersonal efectiva, comprometida con el bienestar de la integralidad y el reequilibrio del otro. El nuevo siglo ha traído una mayor preocupación por el ser humano, y aunque la evolución hacia dicho paradigma basado en una concepción más integral de la persona y el cuidado sea todavía lenta y costosa, hemos visto por parte del personal de enfermería, una mayor preocupación con las cuestiones ético-profesionales y personales, volviendo a la humanización de esos cuidados.²³

El concepto percepción de cuidado, es definido “como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado”³³

En la actualidad, contamos con varias herramientas que facilitan a los usuarios realizar una valoración sobre este tipo de servicios recibidos, como por ejemplo el cuestionario PCHE (Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería)^{30, 31} fruto del estudio fenomenológico de Alvis et al³⁰ el cual describe la experiencia de un cuidado de

enfermería humanizado durante la hospitalización en los pacientes tras haber sido dados de alta, o la escala SERVQUAL, elaborada por Parasuram et al.³², que mide la calidad percibida en una situación de servicio.

Para la realización de este trabajo, hemos empleado dos tipos de cuestionarios, el Care-Q²⁴, y el PCIE²⁹ (Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería) los cuales parten de la necesidad de analizar el cuidado de enfermería más intangible (humanizado o invisible), el primero desde la percepción de los profesionales de enfermería y el segundo, desde la percepción de los receptores de cuidados. Del Care-Q²⁴, elaborado por la enfermera Patricia Larson, usaremos su validación latinoamericana, empleado por otros compañeros en varios trabajos^{25, 26, 27, 28} encontrados a lo largo de la revisión bibliográfica, el cual consiste en 50 preguntas que valoran el comportamiento de la enfermera, agrupadas en 5 categorías o subescalas, que son: es accesible, explica y facilita, conforta y anticipa, mantiene relación de confianza, monitorea y hace seguimiento.

El PCIE²⁹, creado por Isabel Huércanos recientemente, se encarga de valorar esta misma dimensión del cuidado, pero desde la perspectiva del paciente o familiar ingresado. En este caso, utilizaremos el cuestionario fruto del estudio piloto de validación de la propia autora, agrupando los tipos de preguntas en las mismas categorías que el Care-Q, para facilitar en mayor medida su posterior análisis y comparación de los resultados, según las definiciones aportadas para cada una de ellas por Ariza Olarte³⁶, que son:

- *Es Accesible:* Hace alusión a comportamientos de cuidado administrados de forma oportuna y son esenciales en la relación de apoyo y ayuda como son acercarse al paciente dedicándole tiempo disponible.
- *Explica y facilita:* Se refiere a los cuidados que hace la enfermera para dar a conocer aspectos que para el paciente son desconocidos o difíciles de entender en relación con su enfermedad, tratamiento o recuperación, brindándole la información requerida en forma clara, haciendo fácil o posible la ejecución de los cuidados para su bienestar o recuperación.
- *Conforta:* Se refiere a los cuidados que ofrece la enfermera con el fin de que el paciente hospitalizado se sienta cómodo infundiéndole ánimo y vigor al

paciente, a su familia y a sus allegados, en un entorno que favorezca el bienestar.

- *Se anticipa:* Son los cuidados que las enfermeras planean con anterioridad teniendo en cuenta las necesidades del paciente con el fin de prevenir complicaciones.
- *Mantiene relación de confianza:* Son los cuidados que ofrece la enfermera para que el paciente hospitalizado en medicina interna tenga esperanza firme en ella y en que los cuidados ofrecidos van dirigidos en pro de su recuperación, haciéndolo sentir como persona única, confiada, sereno y seguro; tienen que ver con la cercanía y la presencia física del personal de enfermería hacia el paciente.
- *Monitorea y hace seguimiento:* Se refiere a los cuidados de enfermería que implican un conocimiento propio de cada paciente y dominio de lo científico-técnico y de los procedimientos que realiza para su recuperación. Incluye los comportamientos que ella hace para enseñar a su grupo de enfermería la forma como se deben realizar dichos procedimientos, observando y valorando que todo se haga bien y a tiempo.

Con todo lo explicado anteriormente, se han planteado las siguientes hipótesis y objetivos:

Hipótesis:

- El trabajo de los profesionales de enfermería refleja únicamente aquellos cuidados derivados de las técnicas, restando importancia a las demás competencias que componen la jornada laboral.
- Los pacientes y sus cuidadores familiares perciben los cuidados invisibles como primordiales.
- La percepción e importancia del cuidado es diferente entre profesionales de enfermería y pacientes ingresados o cuidadores familiares.

Objetivo general:

- Analizar el Cuidado Invisible de Enfermería desde dos perspectivas, la de los usuarios y familiares que han recibido este tipo de cuidados y la del colectivo enfermero como encargado de dispensarlos.

Objetivos específicos:

- Conocer las expectativas y necesidades de cuidado, apoyo y suplencia que requieren los cuidadores y familiares para ellos y sus familiares enfermos, por parte del personal de enfermería que les atiende en el hospital.
- Explorar la percepción del personal de enfermería que proporciona cuidados acerca de la frecuencia con la que realizan determinados Cuidados Invisibles, así como, la relevancia que otorgan a los mismos para el bienestar de los usuarios y las dificultades que encuentran para desarrollar dichas intervenciones.
- Comparar las percepciones e impresiones de ambos grupos en torno al fenómeno de estudio para detectar áreas de coincidencia y discrepancia.

METODOLOGÍA Y DISEÑO

Perspectiva y tipo de estudio.

Este trabajo consiste en un estudio descriptivo y transversal. Para la recogida de la información, y su análisis posterior, se han utilizado dos tipos de cuestionarios, uno para los pacientes en el que se mide la percepción de los cuidados de enfermería recibidos, y otro para las enfermeras, en el que se valora la percepción de la calidad que ellas mismas tienen con respecto a los cuidados que ejercen. Una vez recogidos los datos, se ha realizado un análisis comparativo de ambas visiones.

Población y muestra.

En este trabajo las poblaciones a estudio son:

- Enfermeras que trabajan en el servicio de hospitalización del centro “Sagrado Corazón de Jesús” de Huesca.
- Pacientes ingresados en dicho hospital y que hayan sido dados de alta, en el periodo comprendido entre el 7 de marzo de 2012, y el 18 de abril de 2012, que cumplan con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que lleven ingresados más de 7 días.
- Que los pacientes, o sus familiares en casos de deterioro cognitivo, sean conocedores del diagnóstico médico.
- Haber sido dado de alta en el hospital en el momento en el que se cumplimenta el instrumento.
- En el caso de ser el paciente el que lo cumplimente, tener capacidad mental, física y anímica para comprender y responder al cuestionario.
- En el caso de que el paciente no se encuentre en condiciones de responder por razones físicas, mentales o anímicas, podrá ser cumplimentado por el cuidador/a familiar.

Criterios de exclusión:

- Ser menor de 18 años.
- Pacientes que no se encuentren en condiciones de responder al cuestionario debido a su estado físico, mental o anímico, bien de forma transitoria o permanente, y que no cuenten con familiares que puedan hacerlo por ellos.
- Pacientes que no hayan dado su consentimiento para participar.
- Pacientes cuyo tiempo de ingreso sea menor de 7 días.
- Pacientes con un pronóstico de muerte a corto plazo.

Con respecto al primer grupo de población mencionado, el colectivo de enfermería del hospital, el cuestionario fue entregado al 100% del personal que en ese momento estaba en activo trabajando, siendo un total de 22 profesionales, entre los que quedaron incluidos las reducciones de jornada y las supervisoras de mañana y tarde del servicio, entrando a formar parte del estudio aquellos que firmaron el consentimiento informado y entregaron rellenos los respectivos cuestionarios, quedando finalmente un total de 18, ya que no todos los profesionales devolvieron la escala contestada.

En cuanto a la muestra de pacientes y familiares, y al tratarse de un estudio piloto, el cuestionario fue ofrecido a todos aquellos dados de alta, para evitar el sesgo de deseabilidad social, a partir de 7 de marzo, hasta conseguir 30 cuestionarios completos, para que la muestra fuera suficientemente representativa, quedando un total de 48 participantes en el estudio, 30 pacientes o familiares y 18 enfermeros.

Consideraciones éticas.

Se solicitó permiso por escrito, al director del hospital “Sagrado corazón de Jesús” (ANEXO 1), así como de manera verbal a la supervisora del servicio de hospitalización.

Aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos, fueron informados de manera breve y verbal del tipo de estudio que se iba a realizar. Una vez daban su consentimiento para participar, se les entregaba junto con el cuestionario, un consentimiento para que firmasen en el cual se explicaba el propósito del estudio, se informaba del anonimato de sus respuestas, y se ponía a su disposición el

nombre y teléfono de la investigadora para consultar las dudas que les pudieran surgir (ANEXO 2).

Así mismo, se informó a cada una de las enfermeras sobre el tipo de estudio en el que iban a participar, para que, una vez dado su consentimiento, se les entregara también el consentimiento informado a rellenar con la misma información que el anterior.

En este estudio se ha informado a los participantes de la confidencialidad en el manejo de los datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 5/1992 de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal ⁷, la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal ⁸, y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos en materia de información y documentación clínica ⁹.

Fuentes y recogida de información.

Tenemos dos grupos de estudio pacientes y enfermeras, con un cuestionario diferente para cada grupo. El cuestionario utilizado para la recogida de datos en el personal de enfermería fue en Care-Q, de Patricia Larson (ANEXO3), incluyendo además de las preguntas propias del cuestionario, variables sociodemográficas. El cuestionario empleado, en su formato de validación latinoamericano, cuenta con un total de 50 ítems cerrados divididos en seis categorías que son: Es accesible, que incluye 6 preguntas, Explica y facilita, compuesto por 6 preguntas, Conforta, con 9 preguntas, Se anticipa, con 5 preguntas, Mantiene una relación de confianza, con 16 preguntas y Monitorea y hace el seguimiento, con las últimas 8 preguntas.

Cada una de las preguntas, cuenta con 5 posibles respuestas, que consisten en una escala tipo Likert que está compuesta por: Muy importante, Algo importante, Ni importante ni sin importancia, Poco importante, Nada importante.

Las variables sociodemográficas, recogidas mediante preguntas abiertas, incluían las siguientes preguntas:

- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Años ejerciendo la profesión.
- Tiempo que lleva trabajando en el servicio.
- Valoración del 0 al 10, de la percepción con respecto a la calidad del cuidado ejercido sobre los pacientes.
- Breve resumen de la formación más relevante en el campo de la enfermería.
- Indicar el significado que tiene la profesión que ejerce y el concepto de cuidado.

Una vez informado y explicado el uso del cuestionario, éste era cumplimentado por el colectivo enfermero y depositado de manera anónima en una carpeta colocada en el control de enfermería para tal fin. El periodo de recogida de datos del grupo enfermero, tuvo al igual que el grupo de pacientes, una duración del 7 de marzo al 18 de abril de 2012.

Para la recogida de datos en pacientes y familiares hemos utilizado el Cuestionario de Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería, de Isabel Huércanos Esparza (ANEXO 4). La entrega del cuestionario se realizaba una vez el paciente había sido dado de alta para evitar el sesgo de deseabilidad social, pues el hecho de estar ingresados y tener que recibir todavía cuidados por parte de las enfermeras del hospital, puede condicionar la respuesta que den a ciertas preguntas ¹⁰. Este cuestionario era rellenado por el propio paciente o su familia en caso de deterioro cognitivo, y depositado en una carpeta preparada en cada control de enfermería.

En este caso, el cuestionario está compuesto por 31 preguntas cerradas, con 5 opciones de respuesta mediante una escala likert que son: Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre y Siempre; incluyendo además dos opciones de respuesta más que son: No se entiende y No procede.

A continuación, encontramos 6 preguntas cerradas, esta vez, con las posibilidades de respuesta Si/No, para terminar con 5 preguntas abiertas, en las que el paciente o familiar puede expresar sus opiniones de manera escrita abiertamente.

Las variables sociodemográficas, y puesto que este cuestionario está pensado para que lo contesten pacientes o familiares, habrá que concretar en la primera pregunta quién es el encargado de rellenarlo. En el caso de que fuera el familiar el que lo hiciera, este debe indicar la edad, el sexo, y el parentesco que guarda con el paciente.

A continuación, aparecen unas preguntas relacionadas con los datos del paciente en las cuales se pregunta por: fecha de nacimiento, sexo, lugar de residencia, hospital y servicio en el que ha estado ingresado, mes del último ingreso, duración de la estancia, motivo del ingreso y otras enfermedades. Para finalizar, el paciente debe puntuar del 0 al 10, la satisfacción con respecto a la atención recibida por las enfermeras a lo largo de su vida.

Variables del estudio

Las variables de este estudio deben diferenciarse según el tipo de cuestionario empleado en enfermeras y en pacientes:

<i>CUESTIONARIO PARA ENFERMERÍA: CARE - Q</i>		
VARIABLE DEPENDIENTE	Percepción de la calidad del cuidado ejercido (<i>Cualitativa</i>)	
VARIABLES INDEPENDIENTES	<i>Cuantitativas</i>	<i>Cualitativas</i>
	Edad Años ejercicio profesión Tiempo trabajado en el servicio Percepción con respecto a la calidad del cuidado ejercido	Sexo Formación más relevante Significado de la profesión Concepto de cuidado

CUESTIONARIO PARA PACIENTES: PERCEPCIÓN DEL CUIDADO		
VARIABLE DEPENDIENTE	Percepción del cuidado invisible recibido. (<i>Cualitativa</i>)	
VARIABLES INDEPENDIENTES	<i>Cuantitativas</i>	<i>Cualitativas</i>
	Edad Duración de la estancia en el hospital Satisfacción con respecto al cuidado de enfermería en su vida	Persona que contesta el cuestionario. En el caso de que sea el familiar, tipo de parentesco Nivel de estudios Sexo Ciudad de residencia Servicio en el que estuvo ingresado Mes último ingreso Motivo de ingreso Otras enfermedades

Codificación y tabulación de los datos

Se codificaron todas las variables como numéricas, a excepción de las preguntas abiertas. Las variables cuantitativas continuas como son la edad, el tiempo de ingreso o la valoración del cuidado de enfermería, en el cuestionario PCIE, o los años de ejercicio de la profesión, el tiempo trabajando en el servicio y la percepción con respecto a la calidad del cuidado, en el caso del Care-Q, se introdujeron en su valor original para posteriormente ser agrupadas con el SPSS. Las variables cualitativas fueron codificadas en orden ascendente a partir del 1.

Con respecto a las 36 preguntas cerradas del cuestionario PCIE, se codificaron en función de la percepción del entrevistado que respondieron a través de una escala cuantitativa que comenzaba con el 1= “Nunca”, 2= “Casi nunca”, 3= “A veces”, 4 = “Casi siempre” y 5 = “Siempre”. Las respuestas “No se entiende” y “no procede”, fueron codificadas respectivamente con el 6 y 7, para ser marcadas posteriormente como Valor perdido mediante el SPSS.

En cuanto a las 50 preguntas que componen el Care-Q, la codificación de su escala se correspondió con 1= “Nada importante”, 2= “Poco importante”, 3= “Ni importante ni sin importancia”, 4= “Algo importante”, 5= “Muy importante”.

Más adelante se agruparon bajo las etiquetas “Percepción negativa”= 1 y 2, “Percepción positiva”= 3 y 4, NS/NC= 5.

Los datos se registraron en una base de datos Excel 2007 preparada para este fin.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos, se ha utilizado el programa informático SPSS en su versión 15.0.

En el caso del cuestionario Care-Q, se realizó un análisis estadístico descriptivo, expresando las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y la media y desviación típica en las variables cuantitativas independientes, así como en las variables cuantitativas dependientes, o subescalas en las que se agrupa el Care-Q, explicadas en apartados anteriores.

Las dos preguntas abiertas que forman parte de las variables cualitativas sociodemográficas del principio, y que hacen referencia a la formación de los profesionales, al concepto de cuidado y al significado que tiene para ellos la profesión que ejercen, no se pudieron codificar debido a la variedad de respuestas encontradas, por lo que se realizó un análisis y comentario posterior de las mismas.

Para comprobar la normalidad de las variables cuantitativas se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y el Alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad por escalas y subescalas.

Debido a que la distribución resultó ser normal en todos los casos, y para estudiar la correlación entre las subescalas por cada variable independiente, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, buscando una significación estadística P valor > 0,05.

En la variable sexo, al tratarse de una variable cualitativa, se aplicó con cada subescala la prueba U de Mann Whitney.

Para el análisis del cuestionario PCIE, se realizó una descripción estadística de cada variable, calculando la media y desviación típica en el caso de las variables cuantitativas normales, mediana y desviación intercuartílica para las no normales, y en forma de frecuencias o porcentajes para las cualitativas. Las preguntas del cuestionario cuantitativas fueron expresadas en medias, y aquellas cuya respuesta era una cualitativa dicotómica en términos de porcentajes.

Para facilitar la comparación final de ambos cuestionarios, se agruparon las preguntas del PCIE en las mismas subescalas que lo hace Care-Q, según las características de cada una de ellas. La distribución por subescalas puede verse en el ANEXO 5

De nuevo, y al igual que en el Care-Q, se aplicó el Alfa de Cronbach total y por subescalas para determinar la fiabilidad, y la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de las variables cuantitativas.

En la inferencia estadística se utilizó la T de student para relacionar la media de las subescalas con las variables independientes cualitativas dicotómicas, y la ANOVA para aquellas con más de dos opciones de respuesta. Cuando el número de respuestas fue menor de 30, se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, y como el resultado fue significativo, la U de Mann-Whitney.

Para el análisis de las variables cuantitativas entre sí, con distribución normal, se ha utilizado la correlación lineal de Pearson, y en aquellas con distribución no normal, la correlación lineal no paramétrica mediante ρ de Spearman.

Las preguntas cualitativas dicotómicas, correspondientes con las número 32 a 37, fueron analizadas mediante frecuencias y porcentajes.

En las preguntas abiertas que componen la última parte del cuestionario, no se pudo realizar una codificación de las respuestas, ante la variedad de las mismas, por lo que se procedió a hacer un comentario de cada una de ellas.

RESULTADOS

La muestra completa del estudio estuvo compuesta por un total de 48 cuestionarios, 30 procedentes de pacientes que contestaron al PCIE, y 18 de enfermeros que lo hicieron en el Care-Q.

Resultados del cuestionario Care-Q para los enfermeros:

El Care-Q fue repartido al 100% del personal de enfermería que en el mes de marzo se encontraba en activo trabajando, correspondiendo este 100% con 22 enfermeros, siendo contestados y devueltos un total de 18 cuestionarios, lo que supone una tasa de respuesta de 81'82 %.

Los valores de este cuestionario presentaron una distribución normal en cada una de sus subescalas, según la prueba de Kolmogorov Smirnov, dando como resultado en cada una de sus subescalas: "Es accesible": $Z=0'707$, $p=0'699$; "Explica y facilita": $Z=0'575$, $p=0'896$; "Conforta": $Z=0'521$, $p=0'949$; "Se anticipa": $Z=0'548$, $p=0'925$; "Mantiene relación de confianza": $Z=0'439$, $p=0'991$; "Monitorea y hace seguimiento": $Z=1'011$, $p=0'258$)

Las variables independientes cualitativas del Care-Q mostraron, que la media de años ejerciendo la profesión de enfermería fue de 16'67, y la media del tiempo trabajando en el servicio 5,86 años. La valoración que los enfermeros del Hospital Sagrado Corazón de Jesús tienen con respecto a la calidad del cuidado que ejercen, es de 7'93 puntos de media en una escala entre 0 y 10, siendo esta pregunta contestada por 15 de los 18 cuestionarios. La media de edad de aquellos que contestaron al cuestionario fue de 41 años. Estos datos se presentan en la tabla 1

La única variable cualitativa independiente que se pudo contabilizar fue el sexo, contestando al cuestionario 17 mujeres frente a un solo hombre.

La media y desviación típica para cada una de las subescalas fue distribuida de la siguiente manera:

- "Es Accesible" presentó una media de 4,17 (desviación típica=0,37)
- "Explica y Facilita" obtuvo una media de 3,68 (desviación típica=0,52)

- “Conforta” presentó valores medios de 4,10 (desviación típica=0,422)
- “Se Anticipa” obtuvo una media de 3,68 (desviación típica=0,50)
- “Mantiene Relación de Confianza” presentó una media de 3,77 (Desviación típica=0,49)
- “Monitorea y hace Seguimiento” presentó una media de 4,33 (Desviación típica=0,32)

La media total de todas las subescalas en su conjunto, fue de 3,95, con una desviación típica de 0,39, y unos valores mínimos y máximos de 3,36 y 4,66 respectivamente.

La pregunta que obtuvo la mayor puntuación media fue la nº 46, con una puntuación de 4,94 sobre 5 puntos, la cual se corresponde con la subescala “Monitorea y hace el seguimiento”. La pregunta que contó con la menor puntuación media fue la nº 7, con una puntuación de 2,78 sobre 5, y que pertenece a la subescala “Explica y facilita”. Las 10 preguntas con mayor y menor puntuación media se pueden encontrar en las tablas 2 y 3. Recordemos que una mayor puntuación en las preguntas considera la situación expuesta como muy importante, y una menor como nada importante.

En las dos preguntas abiertas del cuestionario en las que se preguntaba la formación más relevante de los profesionales, el significado que tiene la profesión que desempeñan, así como qué supone para ellos el concepto de cuidado, los resultados fueron amplios y variados.

El apartado de formación, fue contestado por 16 de los 18 cuestionarios, quedando las respuestas resumidas en los siguientes grupos: 3 realizaron cursos de expertos; 2 un máster oficial; 9 cursos de diversos temas; 2 cuentan con otras diplomaturas, en concreto con la de nutrición y dietética en ambos casos; 5 hacen referencia a su experiencia laboral como la mejor de sus formaciones; y 4 comentan que su diplomatura fue su periodo de mayor aprendizaje.

A la hora de hablar del concepto de cuidado las cifras de los cuestionarios vuelven a descender, quedándose esta vez en 13 respuestas, las cuales han sido agrupadas según seguimiento de la enfermedad, bienestar del paciente y otro tipo de respuestas. Las distribuciones han quedado de la siguiente forma:

Seguimiento de la enfermedad:

- *“Control del estado de salud y atención ante posibles complicaciones”*
- *“Acompañar a la persona y a su entorno en el proceso de enfermedad, recuperación y fomento de su salud física/psíquica”.*

Bienestar del paciente:

- *“Apoyo al enfermo y familiares en el transcurso de su enfermedad. Empatía con el enfermo según diagnóstico y edad”*
- *“Prestar atención, bien de suplencia o bien de sustitución a las personas en aquellas funciones que están afectadas por problemas de salud”*
- *“Asistir, proporcionar bienestar, proteger, velar, curar a una persona”.*
- *“Acciones llevadas a cabo para preservar el estado de bienestar o aumentarlo”*
- *“Realización de aquellas actividades de ayuda, enseñanza ó sustitución al paciente, familia o comunidad, para prevenir la enfermedad, promocionar la salud, o proporcionar alivio del dolor, rehabilitación, o bienestar en caso de enfermedad”.*
- *“Tener tiempo suficiente para comprender y satisfacer las necesidades de los pacientes”*

Otras:

- *“Es el arte de hacer las cosas como te gustaría que te las hicieran a ti en su lugar”*
- *“Fundamento del proceso enfermero”*
- *“Unión de la acción de cuidar y la ciencia como conocimiento”*
- *“Atender las necesidades básicas del paciente”*

Cuando se les pregunta por el significado de la profesión que ejercen, las respuestas redactadas, agrupadas de la misma manera que el apartado anterior, son las siguientes:

Seguimiento de la enfermedad:

- *“Cuidar de la salud del individuo”*
- *“La enfermera es la persona encargada del cuidado del paciente así como de la administración del tratamiento”*

Bienestar del paciente:

- *“Intentar ayudar y cuidar para que se recupere en las mejores condiciones”*
- *“El cuidado en todos los aspectos del ser humano: físico, psíquico, social, emocional y del entorno. Cuando la mejoría no es posible, acompañamiento para proporcionar bienestar”.*
- *“Es cuidar a las personas de manera integral y a la familia ayudando a adaptarse a su entorno”*
- *“La enfermería pasa por cuidar al otro valorando, comprendiendo y actuando sobre sus necesidades, dentro de un contexto de conocimientos y habilidades técnico-científicas”*

Otras:

- *“Forma de desarrollo personal y profesional”*
- *“Es mi forma de vida elegida para ganarme mi jornal, estando en contacto con la gente”*
- *“La enfermería me ha permitido desarrollar un aspecto básico en mi vida, la ayuda a los demás. Convertir esto en una profesión es un lujo”*
- *“Mi profesión es parte de mi vida. Es una satisfacción poder y saber ayudar a los demás”*
- *“Es para mí una satisfacción personal, así como mi medio de vida”*
- *“Es el medio de vida que me permite llevar el modo de vida que deseo, me siento satisfecha ejerciéndola, a la vez que me frustra que compañeros que no se dedican a la asistencia directa, la conviertan en una profesión que nos aleja cada vez más de la atención directa e integral al usuario”*
- *“Profesión con formación universitaria, que ejerce cuidados basados en la evidencia científica, y que tiene como objetivo principal de estudio el cuidado del individuo a la comunidad, lo cual debería traducirse en un reconocimiento social”*

Para el análisis de la fiabilidad, de la medición de la percepción del cuidado de los profesionales a través del instrumento Care-Q, se realizó un análisis de la consistencia interna del cuestionario, a través de alfa de Cronbach para la respuesta del total (n=18), la cual dio como resultado 0,947. Los resultados por pregunta para el alfa de Cronbach

al eliminar cada elemento, pueden verse en la tabla 4. La subida más característica resultaría eliminando la pregunta 43, elevando este valor hasta 0,949. Las preguntas 17, 18, 20, 25, 26, 29, 33, 34, 35 y 44 lo disminuían hasta 0,944. El resto de preguntas lo mantienen entre estos valores.

Además, y de la misma forma, se realizó un análisis de la consistencia interna para cada una de las subescalas de las que se compone el cuestionario, dando como resultados: “Es Accesible” $\alpha = 0'623$, “Explica y Facilita” $\alpha = 0'650$, “Conforta” $\alpha = 0'783$, “Se Anticipa” $\alpha = 0'612$, “Mantiene Relación de Confianza” $\alpha = 0'898$, “Monitorea y Hace Seguimiento” $\alpha = 0'599$.

Las correlaciones se establecieron entre cada una de las subescalas con cada una de las variables independientes, utilizando en el caso de las variables independientes cuantitativas (edad, años de ejercicio de la profesión, tiempo en el servicio y percepción de la calidad del cuidado ejercido), el coeficiente de correlación de Pearson ya que la distribución presentada es normal, y buscando una significación estadística P valor 0'05.

Los resultados separados para cada una de las subescalas se pueden ver al completo en las tablas 5 a la 10, siendo únicamente significativos para la variable independiente “percepción de la calidad del cuidado ejercido” con respecto a las subescalas:

- “Es Accesible”, con un coeficiente de correlación de Pearson 0,590 ($p=0,021$)
- “Conforta”, con un coeficiente de correlación de Pearson 0,609 ($p=0,016$)
- “Mantiene Relación de Confianza”, con un coeficiente de correlación de Pearson 0,665 ($p=0,007$)

La correlación del sexo con las subescalas resultó ser no significativa en ninguna de ellas (tablas 5 a 10). Al tratarse de una variable cualitativa, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, dando como resultados

- $U=2,500$ $p=0,242$ para la subescala “Es Accesible”
- $U=1,500$ $p=0,175$ para “Explica y Facilita”
- $U=2,000$ $p=0,207$ para “Conforta”
- $U=5,000$ $p=0,497$ para “Se Anticipa”

- $U=3,000$ $p=0,288$ para “Mantiene Relación de Confianza”
- $U=5,000$ $p=0,491$ para “Monitorea y hace seguimiento”

Resultados del cuestionario PCIE para los usuarios:

La escala PCIE, mostró una distribución normal (Z de Kolmogorov-Smirnov= $0,768$ $p=0,597$), junto con una media global de $4,2801$, con una desviación típica de $0,529$. Una vez agrupadas las preguntas en cada una de las subescalas del Care-Q, según las definiciones redactadas en apartados anteriores, se procedió a valorar si la distribución de estas, así como de las variables cuantitativas, era normal, mediante esta misma prueba, la cual dio como resultados:

- Edad del familiar: $Z=0,609$ ($p=0,852$)
- Edad del paciente: $Z=0,841$ ($p=0,478$)
- Duración del ingreso: $Z=1,532$ ($p=0,018$)
- Valoración de la satisfacción de las enfermeras a lo largo de la vida: $Z=0,964$ ($p=0,311$)

Todas resultaron tener una distribución normal a excepción de la duración del ingreso, para la cual se calculó la mediana (15) y desviación intercuartílica (20). Para las subescalas, los resultados fueron:

- “Es Accesible”: $Z=0,907$ ($p=0,383$)
- “Explica y facilita”: $Z=0,698$ ($p=0,715$)
- “Conforta”: $Z=0,723$ ($p=0,673$)
- “Se anticipa”: $Z=0,928$ ($p=0,355$)
- “Mantiene relación de confianza”: $Z=0,812$ ($p=0,525$)
- “Monitorea y hace el seguimiento”: $Z=1,346$ ($p=0,053$)

El número total de cuestionarios recogidos de PCIE fue de 30 , de los cuales 7 eran hombres y 23 mujeres, estando 21 de ellos contestados por el familiar de la persona ingresada, y 9 por el propio paciente. De esos 21 familiares 5 eran hombres y 16 mujeres, y su parentesco con el paciente era: 14 hijo/a ($46,7\%$), 2 nieto/a ($6,7\%$), 1 amigo/a ($3,3\%$), 2 esposo/a ($6,7\%$), 1 hermano/a ($3,3\%$), 1 no específica ($3,3\%$).

Los estudios de la persona que contesta al cuestionario quedaron divididos en: Sin estudios, 2 (6,7%); Primarios, 12 (40%); Secundarios, 7 (23,3%); Universitarios, 9 (30%).

Las ciudades de residencia estuvieron repartidas entre: Huesca, 15 (50%); Alcubierre, 2 (6,7%), y Tardienta, Jaca, Sariñena, Oriñena, Agüero, Angüés, San Juan del Flúmen, Antillón, Aniés, la Almunia la San Juan, Ayerbe, Sabinánigo y Alcalá del Obispo con uno cada una y un 3,3% respectivamente.

A la pregunta del servicio en el que estuvieron ingresados tan sólo 10 contestaron, quedando repartidos entre: Control A, 3 (10%); Control B, 4 (13,3%); Control C, 3 (10%).

24 de los 30 del total permanecieron ingresados durante el mes de marzo (80%), y 6 lo hicieron en abril (20%), siendo 16 de ellos ingresados para recibir tratamiento (53,3%), 13 para hacer rehabilitación (43,3%) y uno de ellos sin especificar (3,3%).

18 de los pacientes contaba con alguna otra patología, 9 no tenían ninguna otra enfermedad y 3 no lo especificaban.

La subescala con mayor puntuación media fue “Monitorea y hace el seguimiento”, con 4,42 puntos sobre 5, y una desviación típica de 0,658; y la que menor puntuación obtuvo fue “Se Anticipa” con 3,92 puntos de media y 1,107 de desviación típica. Se pueden ver las medias al completo por subescalas en la tabla 11. Por preguntas la nº 22, perteneciente a la subescala “Conforta”, fue la que obtuvo mayor puntuación media con 4,86 puntos sobre 5, y una desviación típica de 0,363. Al contrario que la nº 20, que con 3,43 puntos de media, y 1,604 de desviación típica, fue la de menor puntuación. Las 10 preguntas con mejor y peor puntuación se pueden consultar en las tablas 12 y 13.

El Alfa de Cronbach de la escala, con el total de las 31 preguntas cuantitativas, dio como resultado 0,959. Para cada una de las subescalas los valores fueron de: 0,846 para “Es Accesible”; 0,827 para “Explica y facilita”; 0,872 para “Conforta”; 0,647 para “Se anticipa”; 0,804 para “Mantiene relación de confianza” y 0,680 para “Monitorea y hace

el seguimiento”. Al eliminar las preguntas 14 y 26, el Alfa ascendería hasta 0,961, y al hacerlo las número 13, 15, 16, 17, 18, 27 y 28, el valor descendería hasta 0,956. El resto de preguntas mantendría los valores entre ambas cifras.

En la inferencia estadística, se utilizó la t de student para relacionar cada una de las subescalas con aquellas variables cualitativas independientes con dos posibles opciones de respuesta que eran: persona que contesta al cuestionario (paciente/familiar), sexo del familiar (hombre/mujer), sexo del paciente (hombre/mujer), mes de ingreso (marzo/abril), padece de otras enfermedades (si/no) y motivo de ingreso (tratamiento/rehabilitación).

Únicamente la respuesta fue significativa para la subescala “Conforta” con respecto a si contesta el paciente o el familiar, con una significación bilateral de 0,023, y con respecto al mes de ingreso (marzo ó abril) con 0,049. Los resultados al completo de pueden ver en las tablas 14 a 18.

Al relacionar el mes de ingreso con alguna de las subescalas, la prueba de Levene indica que no se han asumido varianzas iguales, dando como resultados en la t de student:

- “Se anticipa”: $t=0,758$; $p=0,477$
- “Mantiene relación de confianza”: $t=0,657$; $p=0,535$
- “Monitorea y hace seguimiento”: $t=1,002$; $p=0,354$

Lo mismo sucedió al relacionar si el paciente padecía de otras enfermedades con la subescala “Monitorea y hace seguimiento”, apareciendo los valores de $t=1,202$ y $p=0,255$

La prueba ANOVA se utilizó para relacionar las subescalas con aquellas variables que presentaban más de dos opciones de respuesta, que eran: Estudios de la persona que contesta al cuestionario, tipo de parentesco del familiar que responde con la persona ingresada y ciudad de residencia. En ninguno de los casos los resultados obtenidos fueron significativos, se pueden observar todos en las tablas 19 a 21

Para relacionar las subescalas con el servicio en el que permaneció ingresado, hubo que utilizar pruebas no paramétricas, ya que a esta pregunta sólo contestaron 10 de las 30

encuestas recogidas. Se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis, dando resultados significativos para la subescala “Se anticipa” ($p=0,023$), a partir de los cuales, se utilizó la U de Mann Whitney para relacionar cada uno de los tres controles, dando valores significativos entre los controles A y C ($U=0,000$; $p=0,037$), y entre los controles B y C ($U=0,000$; $p=0,032$). Los valores completos se pueden consultar en la tabla 22

Para establecer correlaciones entre las subescalas y las variables cuantitativas, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson en los casos de normalidad, dando resultados significativos al relacionar todas las subescalas con la variable “Valoración de la satisfacción con las enfermeras a lo largo de la vida”, mostrando los siguientes resultados: “Es accesible” $p=0,00$; “Explica y facilita” $p=0,012$; “Conforta” $p=0,00$; “Se anticipa” $p=0,004$; “Mantiene relación de confianza” $p=0,034$; “Monitorea y hace el seguimiento” $p=0,050$. El resto de resultados se puede consultar en la tabla 23

Para la variable “Duración del tiempo de ingreso” al tratarse de una distribución no normal, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, siendo no significativo en todas las subescalas. Los resultados se pueden ver en la tabla 24.

Las preguntas 32 a 37 del cuestionario PCIE, al estar compuestas por dos posibles opciones de respuesta cualitativa, (Si/No), fueron analizadas a través de porcentajes de respuesta, obteniendo como resultados:

- Pregunta nº 32: Si 53,3%; No 46,7%
- Pregunta nº 33: Si 96,7%; No 3,3%
- Pregunta nº 34: Si 100%; No 0%
- Pregunta nº 35: Si 100%; No 0%
- Pregunta nº 36: Si 93,3%; No 6,7%
- Pregunta nº 37: Si 93,3%; No 6,7%

Las últimas preguntas que componen el cuestionario, de respuesta abierta, fueron comentadas y analizadas de manera individual, siendo algunas de las respuestas más relevantes las siguientes:

- En la pregunta *¿Qué ha sido lo más importante para usted?* Las respuestas hicieron referencia a la presencia y apoyo de los enfermeros tanto a la paciente como a la familia, la rapidez en atender a la llamada, solucionar el problema con el que ingresó, el buen cuidado del paciente, la profesionalidad y experiencia, y el trato amable, siendo este último el más repetido en las contestaciones.
- Para la pregunta *¿Se han cumplido las expectativas que usted tenía sobre las enfermeras que le han atendido o ha habido algo que ha echado en falta?*, 20 fueron las contestaciones que afirmaban que las expectativas habían sido cumplidas y en ningún caso se mencionó que estas no se hubieran alcanzado, aunque en una de las respuestas se reclamaba mayor atención hacia los pacientes.
- En cuanto a la pregunta *¿Qué ha sido lo peor en cuanto a la atención recibida?*, 21 fueron las respuestas obtenidas, haciendo referencia 17 de ellas a que no ha habido nada pero en la atención recibida, y siendo el resto de las contestaciones: El aseo personal, así como la hidratación de la piel, la falta de atención ocasionalmente, la falta de información y los cambios constantes de personal.
- A la pregunta de *¿recuerda el nombre de alguna enfermera o auxiliar?, ¿cuál es el motivo?* 7 contestaron que no, mientras 13 dijeron que sí, y los motivos fueron: por ser la primera que les atendió, por oír su nombre mucho por el pasillo, por ser amable en el trato, por ser conocida anteriormente, por dar mucha conversación.
- La última de las preguntas abiertas, que hace referencia a *Cosas para mejorar la atención de enfermería*, las respuestas fueron: La rehabilitación sin interrupciones por fin de semana, mayor aseo a los pacientes, más información y explicaciones para realizar los cuidados a los pacientes, haciendo especial hincapié a la falta de personal especialmente en festivos y fines de semana.

DISCUSIÓN

Aunque contamos con menos cuestionarios Care-Q comparado con otros estudios^{10, 24, 28}, podemos considerar que recoger 18 de los 22 cuestionarios repartidos, supone un porcentaje de respuesta alto entre el total de los participantes enfermeros. En cuanto a la tasa de respuesta del PCIE se recogió una cifra de cuestionarios suficientemente significativa como para poder establecer conclusiones y aplicar las pruebas estadísticas, el mismo número que se utilizó para su validación²⁹.

Para poder realizar el análisis descriptivo, fue necesario comenzar aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov y comprobar la normalidad de las variables (Gráfico 3). Todas las variables y subescalas de ambos cuestionarios resultaron ser normales, a partir de lo cual se calculó la media y desviación típica, a excepción de la “Duración del tiempo de ingreso” del PCIE, para la cual hubo que obtener la mediana y desviación intercuartílica.

En el Care-Q, 17 de los encuestados fueron mujeres y tan sólo hubo un hombre, por lo que no se pudieron establecer conclusiones finales respecto al sexo ya que la muestra no era suficientemente representativa. En cuanto al PCIE, en aquellos cuestionarios rellenados por el familiar que tenía al paciente a su cargo, el número de mujeres cuidadoras ascendía hasta 16 sobre un total de 21, dejando a los hombres atrás con tan sólo 5 cuidadores. Al igual que en otros estudios^{4,11,13}, estas cifras reiteran la posición que ocupa la mujer como principal distribuidora de cuidados dentro del núcleo familiar. Las cifras del parentesco por parte del familiar con el paciente ingresado también guardan una importante característica y es que más de la mitad de los cuidadores eran hijos del paciente⁴, siendo la media de edad de los familiares de 55,67 años y la del paciente 84,63, lo cual reafirma dicha relación. Con estos datos, podemos generalizar que el perfil de los familiares que administran los cuidados a los pacientes, fue el de mujer, de 55 años de edad media, hija del paciente ingresado.

A pesar de que el estudio de validación del PCIE²⁹ contaba con un porcentaje más alto de pacientes que contestaron ellos mismos al cuestionario que de familiares, el presente estudio invirtió estas cifras, presentando mayor número de familiares que lo hicieron en sustitución del paciente ingresado. Se podría pensar que la principal causa, viene

relacionada con el nivel de estudios, ya que tan solo dos personas indicaron que no tenían ningún tipo de formación. Sin embargo, uno de los diagnósticos que suele acompañar al motivo de ingreso en un hospital geriátrico como en el que se realizó el estudio, es el deterioro cognitivo, como así lo indica la pregunta en la que se hace referencia a otras enfermedades, en la que más de la mitad de los casos contesta que sí que cuentan con una pluripatología, impidiendo a muchos pacientes poder rellenar el cuestionario por sí mismos.

En cuanto al lugar de residencia, y a pesar de que el hospital Sagrado Corazón de Jesús se encuentra situado en la ciudad de Huesca, sólo la mitad de la población ingresada reside en la misma, estando la otra mitad repartida por pueblos de la provincia, siendo esto un indicador de la elevada tasa de edad que existe en el ámbito rural, así como de las numerosas pequeñas poblaciones que rodean a la ciudad.

Con todos estos datos recogidos, podríamos resumir en que, el tipo de paciente ingresado en el Sagrado corazón de Jesús, es un paciente pluripatológico, mujer, de 84,63 años de edad, con una media de 25,77 días de ingreso, y cuyo motivo puede ser para tratamiento en su mayoría, aunque también cuenta con un alto porcentaje de rehabilitación.

En el caso de los enfermeros, y según las medias recogidas, el perfil de profesional que trabaja en el Sagrado corazón de Jesús es mujer, de 41 años de media, que lleva ejerciendo la profesión 16,67 años, y que lleva trabajando en el servicio una media de 5,86 años, lo cual indica un alto grado de experiencia.

Tanto a pacientes como a enfermeros se les pedía que respondieran a la valoración que cada uno de ellos tiene con respecto a la calidad del cuidado que ejercen unos, y a la calidad del cuidado recibido en otros. Mientras los enfermeros valoraron la calidad de sus cuidados con un 7,93, los pacientes valoraron la satisfacción con las enfermeras a lo largo de toda su vida con una puntuación de 8,47, superando esta a la de los profesionales.

En cuanto a las subescalas, la comparación de las medias de ambos cuestionarios se pueden observar en el gráfico 1, superando en puntuaciones el PCIE al Care-Q en todas las subescalas, a excepción de en la llamada “Mantiene relación de confianza”, en la cual el Care-Q obtiene la mayor puntuación por una pequeña diferencia. De nuevo, y al igual que ocurría en la valoración de la calidad del cuidado, los enfermeros se puntúan con menor puntuación de lo que lo hacen los pacientes a los que atienden.

De entre las 10 preguntas con mejor puntuación del Care-Q, 4 pertenecen a la subescala “Monitorea y hace seguimiento”, 3 a la de “Es accesible”, 2 a la de “Conforta”, y una a la de “Mantiene relación de confianza”. En el caso del PCIE, 4 pertenecen a la subescala “Conforta”, 2 a “Es accesible”, 2 a “Explica y facilita”, 1 a “Monitorea y hace el seguimiento” y otra a “Mantiene relación de confianza”. Según estos datos, podemos obtener la lectura de que, mientras los profesionales dan mayor importancia a las tareas más técnicas del cuidado, los pacientes la otorgan a aquellos cuidados que lo hacen sentir cómodo, transmitiéndole ánimo y apoyo, dejando las técnicas en una posición menos primordial.

En el caso de las peor puntuadas en el Care-Q, 4 pertenecen a la subescala “Mantiene relación de confianza”, 2 a “Se anticipa”, y una a cada una del resto de las subescalas “Monitorea y hace seguimiento”, “Explica y facilita”, “Conforta” y “Es accesible”. En el PCIE aquellas con menor puntuación son, “Monitorea y hace el seguimiento” con 3, “Explica y facilita” con 3, “Conforta” con 2, “Se anticipa” con 1 y “Es accesible” con otra. Según estos datos, los enfermeros restarían valor a aquellas actividades derivadas de establecer con el paciente una relación cercana, mientras los pacientes lo harían con aquellas derivadas de las técnicas de enfermería. Resulta llamativo la controversia que se puede observar, ya que mientras la subescala “Monitorea y hace seguimiento” es la más destacada por los enfermeros, por parte de los pacientes se encuentra entre las menos valoradas. Estas cifras constatan el desequilibrio existente entre la parte más humana del cuidado ó “high touch” y la más técnica ó high tech, como nombran Gordon et al.²¹

Entre las variables sociodemográficas del Care-Q, y respecto a las preguntas abiertas en las que se comentaba la formación más relevante de los profesionales de enfermería, 5 de ellos optaron por una formación más específica tras terminar su diplomatura en

alguno de los campos de la enfermería, optando por un experto o un máster, así como hicieron otros 9 realizando algún curso de formación en una amplia variedad de categorías. 2 de los 16 que contestaron a esta pregunta, destacaron que cuentan con otras diplomaturas, en concreto con la de nutrición y dietética, la cual guarda relación en alguna de sus asignaturas con la enfermería, 4 especifican que su periodo de máximo aprendizaje fue durante el periodo de formación en su diplomatura como enfermeros, y 5 especifican que su experiencia diaria es su mayor aprendizaje.

Para analizar la descripción que los enfermeros han hecho del cuidado, es imprescindible revisar la bibliografía encontrada hasta el momento. En concreto, el artículo publicado por Concha Germán, y Fabiola Hueso¹², resume así los cuidados invisibles: garantizar la seguridad, procurar la calidad de vida y favorecer autocuidado. Revisando las definiciones aportadas por los profesionales del cuidado, podemos ver como la mayoría nombra alguno de estos aspectos, así como varios de los paradigmas descritos en el artículo de Germán y Hueso, haciendo uso de frases como: *Control del estado de salud, atención a posibles complicaciones, apoyo a enfermo y familiares, prestar atención de suplencia o sustitución, acompañar, asistir, proteger, velar, preservar...*

Cuando hablamos del significado de la profesión de enfermería, resulta inevitable nombrar a Florence Nightingale, pues ya en su libro “Notas de enfermería; qué es y qué no es”³⁸, intenta establecer unas pautas que aclaren el significado de esta profesión. Los enfermeros del “Sagrado corazón de Jesús”, poseen opiniones muy variadas y de distinta índole, pues mientras unos hablan de su lado más humano e intangible como “*la ayuda a los demás*”, la cual podría coincidir con el modelo expuesto por teóricas como Hildegarde Peplau y su escuela de la relación de ayuda³⁹, otras la definen desde el proceso meramente profesional, hablando de su profesión como “*el medio que me permite llevar el medio de vida que deseo*”. Sin embargo tanto las que hablan del lado más personal, como las del más material, ambas coinciden en varias ocasiones en un mismo pensamiento: “*Es una satisfacción personal*”, “*Poder convertir esto en un medio de vida es un lujo*”.

Respecto a la consistencia interna, se han encontrado que las cifras del Alfa de Cronbach en el caso del PCIE son de 0,959, y para el Care-Q 0,947, las cuales indican una buena fiabilidad del cuestionario, por su proximidad a 1. El α que muestra cada una de las subescalas en ambos cuestionarios también cuenta con valores aceptables como para considerar a las dos escalas fiables. La comparación de Alfa de Cronbach para cada subescala se puede ver en el gráfico 2.

Para la inferencia estadística, se utilizó en el caso del Care-Q, el coeficiente de correlación de Pearson, empleado para medir la relación entre dos variables cuantitativas, para cada una de las subescalas con respecto al resto de variables, resultando significativo únicamente para la variable “percepción de la calidad del cuidado ejercido” con respecto a las subescalas “Es accesible”, “Conforta” y “Mantiene relación de confianza”. Estas tres subescalas describen los cuidados más humanos de la profesión, aquellos que se encargan del apoyo y suplencia al paciente, de ayudar a que su estancia sea lo más llevadera posible, y a establecer un vínculo estrecho entre la relación enfermera-paciente. Según estos datos, podemos determinar que estos cuidados son los que hacen al cuidado invisible, un cuidado de calidad.

La U de Mann Whitney, prueba no paramétrica empleada en dos muestras independientes, utilizada para la variable sexo del Care-Q con respecto a las subescalas, no guardó relación ni fue representativa de la muestra, ya que como hemos comentado anteriormente, tan sólo un hombre contestó al cuestionario, dejando a la prueba carente de valor estadístico.

En cuanto a la inferencia estadística empleada en el PCIE, se recurrió a la t de Student, utilizada en poblaciones con distribuciones normales pero tamaños muestrales pequeños, para correlacionar las variables cualitativas dicotómicas con cada subescala, guardando únicamente significación la subescala “Conforta” con respecto al mes del ingreso, y a quien responde el cuestionario, el paciente o familiar. Para aquellas variables cualitativas con más de dos opciones de respuesta, se eligió la ANOVA, empleada para analizar variables dependientes de varias clases de efectos que operan simultáneamente, resultando no significativa en ninguna de sus correlaciones.

A pesar de que la correlación con el mes de ingreso es significativa, no podemos asumirla como representativa, ya que, la muestra no es proporcional para ambos grupos de meses, puesto que un alto porcentaje de los mismos fueron acumulados durante el mes de marzo, ocasionándose así un artefacto estadístico. Lo mismo sucede con quien contesta el cuestionario, aunque en este caso, las cifras son mayores en ambos grupos, siguen siendo desproporcionadas. Aun así, no resultaría extraño que la percepción con respecto a las subescala “Conforta” fuera significativa en función de quien conteste, ya que nadie mejor que el paciente sabe como se ha sentido durante el tiempo de ingreso.

La pregunta del servicio en el que permaneció ingresado tan sólo fue contestada por 10 de las 30 personas que rellenaron el PCIE. Las diferencias se calcularon a partir de la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis, obteniendo resultados significativos en las subescalas “Se anticipa” (p valor 0.023). A partir de estos, hubo que aplicar la U de Mann Whitney para comprobar la heterogeneidad de las muestras, estableciendo una relación por pares, entre los tres controles, resultando significativa para los controles A y C, y B y C. Debido a la escasez de respuestas, estos resultados pudieran considerarse un artefacto estadístico, puesto que si aumentáramos la muestra seguramente los resultados variarían.

En el caso de las variables cualitativas, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, resultando significativo en todas las subescalas para la variable “valoración de la satisfacción con las enfermeras a lo largo de la vida”. La elevada satisfacción con la que los pacientes puntúan su trato con las enfermeras a lo largo de su vida, explica que todas las subescalas guarden relación con esta variable. Para la variable “duración del tiempo de ingreso”, se empleó Spearman ya que era la única que no guardaba la normalidad, resultando no significativa.

En las preguntas 32 a 37, las opciones de respuesta era Si o No, por lo cual se analizaron mediante porcentajes de respuesta. Las respuestas obtenidas para cada una fueron las siguientes:

- Para la pregunta 32, la cual decía; *¿La enfermera se presentó diciéndole su nombre la primera vez que le atendió?* Ambas opciones de respuesta obtuvieron

porcentajes de respuesta muy ajustados, siendo ligeramente superior la opción de Si con un 53,3%. Pese a que presentarse al entrar a una habitación puede resultar algo común, el porcentaje de respuestas afirmativas debería ser más alto para catalogarlo de algo evidente.

- *¿Se siente satisfecho/a con el cuidado que las enfermeras/os le han dado?*, correspondiente con la número 33, obtuvo un 96,7% de respuestas afirmativas.
- Las número 34 y 35, correspondientes con *¿Considera que la enfermera/o ocupa un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron?* y *¿Tiene usted confianza y seguridad en las enfermeras/os que le han atendido?*, respectivamente, el 100% de las encuestas recogidas afirmaron que Si, lo cual muestra una elevada consideración y seguridad en los profesionales de enfermería por parte de los pacientes que respondieron.
- Finalizando con este bloque de preguntas, las número 36 y 37, correspondientes con *¿Está satisfecho/a con la manera en que se ha resuelto el problema de salud que motivó su ingreso?* y *¿Está satisfecho con el médico/a que le ha atendido?* fueron las que obtuvieron el porcentaje más bajo del grupo, a pesar de que este seguía siendo muy elevado (93,3%).

Las últimas preguntas que formaban el cuestionario PCIE, consistían en un bloque de cuestiones abiertas, en las que el paciente podía escribir todo aquello que quisiera. Estas preguntas decían:

- *¿Qué ha sido lo más importante para usted?* La contestación más repetida en todos los cuestionarios fue la del trato amable que habían recibido. De nuevo, y al igual que en cuestiones anteriores, las técnicas y procesos derivados de la medicina no son lo más destacado por parte de paciente y familiares, nombrando como primordial el apoyo recibido tanto a pacientes como familiares, el buen cuidado o la profesionalidad y experiencia.
- *¿Se han cumplido las expectativas que usted tenía sobre las enfermeras que le han atendido o ha habido algo que ha echado en falta?* 20 fueron las contestaciones que afirmaban que las expectativas se habían cumplido, quedando las otras 10 en blanco, sin embargo, en ningún caso se especificó que hubiera habido algo que echara en falta, lo cual dificulta la mejora del servicio.

Quizá con un estudio con metodología cualitativa se pueda profundizar más en este tipo de cuestiones.

- *¿Qué ha sido lo peor en cuanto a la atención recibida?* Las respuestas hicieron referencia al aseo personal, así como la hidratación de la piel, la falta de atención ocasionalmente, la falta de información y los cambios constantes de personal, aunque todas ellas fueron nombradas de manera puntual en uno de los cuestionarios, sin quedar repetidas por más de uno.
- *¿Recuerda el nombre de alguna enfermera o auxiliar?, ¿cuál es el motivo?* A pesar de que en más de la mitad de las ocasiones los pacientes afirmaban que la enfermera se había presentado, como se ha comentado anteriormente, 7 contestaron que no, frente a los 13 que dijeron que sí. Entre los motivos vuelve a aparecer la amabilidad en el trato recibido. Resulta característico de esta pregunta la variabilidad en cuanto a los resultados encontrados con respecto al primer estudio piloto del cuestionario, lo cual pudiera deberse al tipo de hospital, las características de las enfermeras o al tiempo de ingreso del paciente.
- Entre la última de las preguntas que habla de *Cosas para mejorar la atención de enfermería*, se repite en varias ocasiones la falta de personal especialmente en festivos y fines de semana, ya que la ratio enfermera-paciente es de 1 enfermera para cada 22 pacientes aproximadamente.

CONCLUSIONES

- Los pacientes ingresados en el hospital sagrado corazón de Jesús, y sus cuidadores familiares, han dejado constancia con sus respuestas a la encuesta PCIE, que las principales expectativas que tienen del personal de enfermería que les atiende van relacionadas con aquellos cuidados encaminados a favorecer la comodidad durante el ingreso, proporcionando ánimo cuando sea necesario, y favoreciendo el bienestar del entorno, haciendo que la estancia en el hospital sea más llevadera para unos y otros. Así lo constata la relación establecida entre las variables “quién contesta al cuestionario”, y “mes de ingreso”, con la subescala “Conforta”.
- Analizando las escalas mejor puntuadas, podemos definir que las necesidades de cuidado, apoyo y suplencia que requieren estos pacientes y sus familiares, son aquellas que van vinculadas a los cuidados más humanos, y por lo tanto más intangibles, aquellos que hacen alusión a la relación de ayuda, como pasar con cada paciente el tiempo necesario, o a la explicación oportuna de cómo realizar una serie de cuidados específicos para una pronta y favorable recuperación, proporcionándoles una información adecuada.
- Los profesionales de enfermería por su parte, destacan en los resultados de la encuesta aquellos cuidados derivados de lo científico-técnico, puntuando con mayores cifras las preguntas propias de subescalas como “Monitorea y hace seguimiento”, pese a que a la hora de definir el cuidado, casi todos hacen referencia a acciones como asistir, proporcionar bienestar, proteger o velar, las cuales quedan alejadas de las técnicas.
- La sobrecarga de trabajo percibida por los pacientes y familiares, sobre todo los fines de semana, puede estar vinculada a esta discrepancia, ya que los profesionales dedican la mayor parte de su jornada laboral a cubrir las tareas asignadas para cada día, dejando de lado por falta de tiempo, aquellos cuidados que no quedan registrados.

- A pesar de las diferencias encontradas entre ambas poblaciones, podemos considerar a los pacientes y familiares que participaron en el estudio, altamente satisfechos con respecto a la atención recibida a lo largo de la vida por parte de los profesionales de enfermería, siendo esta satisfacción mayor incluso que la percepción que los propios profesionales tienen sobre la calidad de los cuidados que ejercen.
- La escasez de respuestas en alguna pregunta de las que compone el cuestionario PCIE dificulta establecer si los resultados obtenidos pueden tratarse de un artefacto estadístico o si realmente son significativos.
- Para el Care-Q, aunque la tasa de respuesta entre los profesionales fue casi del 100%, sigue siendo pequeña para establecer conclusiones fiables y extrapolar al resto de la población, ya que al tratarse de un hospital pequeño, cuenta con poca plantilla.

DIFICULTADES, LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y PROPUESTAS

A pesar de que han sido varias las dificultades desarrolladas a lo largo del estudio, de todas ellas podemos sacar el beneficio del aprendizaje, evitando así que vuelvan a ocurrir en posteriores trabajos.

Se decidió pasar el cuestionario del PCIE en el momento del alta, para evitar en los resultados el sesgo de discapacidad social, sin embargo, muchos pacientes se negaron a contestar la encuesta dado que consideraban la recogida del alta médica y de enfermería primordial en ese momento. Esto unido a las encuestas de satisfacción que pasa el Servicio Aragonés de Salud, sobrecarga al paciente de tal manera que deniega la opción de contestar a las preguntas. Además la elevada edad media con la cuentan estos pacientes, y en muchas ocasiones sus cuidadores, dificulta la explicación y entendimiento de para qué consiste el estudio a realizar.

Para el cuestionario Care-Q, y pese a que el porcentaje de respuesta fue elevado, dado que las encuestas eran autoadministradas y colocadas en una carpeta de manera anónima, el hecho de que la propia investigadora sea trabajadora y compañera en el mismo hospital, pudo intimidar a alguno de los profesionales a devolver contestado el cuestionario. Siempre que sea posible y para posteriores estudios, convendría contactar con alguna persona externa al hospital para que sea ella misma la que se encargue de repartir y recoger las encuestas.

Como posteriores líneas de trabajo, me parece interesante destacar las diferencias que han aparecido en el estudio para valorar las subescalas más técnicas de las más humanas e intangibles entre pacientes y profesionales. Si no fuera posible el desarrollo de otro estudio, sirvan estos datos para llevar a la reflexión en el trabajo que los enfermeros llevamos a cabo en nuestro día a día.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Germán Bes, Concha; Hueso Navarro, Fabiola; Huércanos Esparza, Isabel; El cuidado en peligro en la sociedad global; *Enferm Global*, España, 2011, vol.10(23):221-232. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/125491>
- (2) Domínguez Alcón, Carmen. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Index Enferm* (Gran).1998 invierno. Año VII(23):15-21
- (3) Van Ewijk H, Hens H, Lammersen G. Mapping of care services and the care workforce. Consolidated report. En: Moss P, editor. Care work in Europe. Current understandings and future directions [consultado 12/03/2012]. Disponible en: <http://144.82.35.228/carework/uk/reports>
- (4) García-Calvente María del Mar, Mateo Inmaculada, Gutiérrez Pilar. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: *Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer*; 1999.
- (5) IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002 [consultado 14/07/2012]. Disponible en: <http://www.imserso-mayores.csic.es/estadísticas/informacion/informe2002>
- (6) Miguel JA, Sancho M, Abellán A, Rodríguez V. La atención formal e informal en España. En: IMSERSO, editor. Las personas mayores en España. Informe 2000. Documento electrónico 2000 [consultado 13/03/2012]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>
- (7) Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal (BOE, número 262, de 31-10-92) [Online] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1992/10/31/pdfs/A37037-37045.pdf>

- (8) Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14-12-1999). [Online] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- (9) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-2002). [Online] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- (10) Cárdenas Jiménez Olga Liliana, Castro Herrera Adriana Milena, Guevara Rojas Elsy Jinneth, Rojas Cifuentes Lisseth Alejandra. Estudio piloto de la validación del cuestionario Care-Q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Trabajo de Grado, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia; 2008
- (11) Carrasco Cristina. La paradoja del cuidado: necesario pero invisible. *Revista de Economía Crítica*, nº 5. Marzo de 2006, pp 39-64
- (12) Germán Bes Concha, Hueso Navarro Fabiola. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Congreso virtual Invescom. Granada, 22 de mayo de 2010. Fundación Index
- (13) Vaquiro Rodríguez Sandra, Stiepovich Bertoni Jasna. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería XVI* (2): 9-16, 2010
- (14) Waldow Vera Regina, Borges Rosália Figueiró. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 julio- agosto;16 (4)
- (15) Calderó Maria Teresa, Luque Marta Beatriz, Palomino Ana. Aplicación de la teoría de los factores cuidadosos de Jean Watson a una situación de la práctica clínica. La historia de Beatriz. *Rev Paraninfo Digital*, 2009, (III)(7)
- (16) Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa;Calpe;2001.

- (17) Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.
- (18) Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A.Davis Company; 2005.
- (19) Colliere Marie Francoise. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: *Tecnos*; 1993.
- (20) Huércanos Esparza Isabel. El cuidado invisible: una dimensión de la profesión enfermera. *Bibl LasCasas* 2010; 6(1). [Edición digital, consultado el 14/02/2012] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.pdf>
- (21) Gordon NF, Franklin BA, Mitchell BS, Salmon RD, Adams LC. "High touch" vs. "High tech" implications for lifestyle interventions. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33(5) Sup 1: 312.
- (22) Germán Bes Concha. Género y enfermería. *Index Enferm* [Online] 2004 [Acceso el 25 de abril de 2012]; 13(46): 7-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200001
- (23) Pereira Alvaro, Souza da Silva Rudval, de Camargo Climene Laura, Ribeiro de Oliveira, Roseana Conceição. Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. *Enfermeria Global.* España. 2012; 10(25):343-3. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/143161/128581> (Consultado el 22/04/2012)
- (24) Larson Patricia. Oncology patients` and profesional nurses perceptions of important nurse caring behaviors. University of California, San Francisco; 1981
- (25) Sanguillo Antolín Milagros. Humanización y responsabilidad de los cuidados de enfermería en una unidad de enfermería urológica. *ENFURO.* 2006; 99: 15-20.

(26) Bautista Luz Marina. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichán*. 2008; Año 8-8(1): 74-84.

(27) Gómez Ramírez Olga Janneth, Daza C. Luis Antonio, Zambrano Caro Vladimir Mauricio. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. *Av. Enferm.* 2008, XXVI (1): 85-96.

(28) Sepúlveda Carrillo Gloria Judith, Rojas Cifuentes Lisseth Alejandra, Cárdenas Jiménez Olga Liliana, Guevara Rojas Elsy, Castro Herrera Adriana Milena. Estudio piloto de la validación del cuestionario "Care-Q" en versión al español en población colombiana. *Rev.Col.Enf.* 2009. 4(4):13-22

(29) Huércanos Esparza, Isabel. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php> (Consultado el: 19/01/2012)

(30) Alvis T, Moreno M, Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá: Unibiblos; 2002. Pg: 207-216

(31) Rivera Álvarez Luz Nelly y Triana Álvaro. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. *Actualizaciones en Enfermería* [Online] 2007 [Acceso 28 de marzo de 2012]; 10(4): 15-21. Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf>

(32) Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. y Berry, L.L. SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of quality service. *Journal of Retailing* 1988; 64(1): 12-40.

- (33) Grupo de cuidado. Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. En: Dimensiones de cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos. 2000. p. 4 –13
- (34) Waldow VR, Borges RF. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 julio-agosto; 16(4)
- (35) Porter Beverly D., Sloan Rebecca S. Jean Watson. Filosofía y ciencia de los cuidados. En: Marriner Ann. Modelos y teorías de Enfermería. 1ª edición. Barcelona: ediciones ROL; 1989. p.140-147.
- (36) Ariza Olarte Claudia. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. Hospital Universitario de San Ignacio Julio–Agosto 2001. *Rev. Enfermería en cardiología*. 2004; 4: 6–10.
- (37) Martínez, M. “La relación ciencia y arte”, en: Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Métodos hermenéuticos, métodos fenomenológicos y métodos etnográficos, 2a. ed., Trillas, 2006.
- (38) Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Salvat: Barcelona; 1990.
- (39) Salazar Maya, Ángela María; Martínez de Acosta, Carmen. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *av.enferm. -Col- | 2008 jul-dic | XXVI(2):107-115*
- (40) Quero Aurora. Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enferm Clín* 2003;13(6):318-356.
- (41) Durán María Ángeles. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao:Fundación BBV, 1999.
- (42) Camps Victoria . La ética del cuidado. En: Camps V, editora. El siglo de las mujeres. Madrid: Ediciones Cátedra; 1998. p. 69-81

- (43) Waldow, Vera Regina. Momento de cuidar, momento para la reflexión. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 140-5
- (44) Ceballos Vasquez, Paula Andrea. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería XVI* (1): 31-35, 2010.
- (45) Sierra Herrera, Maria Teresa; Cardona Cardona, Liliana Patricia; Bernal Segura, Maria Felicitas; Forero Rozo, Ana Elizabeth. Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá. *Avances de enfermería*. Vol. XXIV. Enero-Junio 2006.
- (46) De la Cuesta Benjumea, Carmen. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto Contexto Enferm* 2004 Jan-Mar; 13(1):137-46.
- (47) De Oliveira Lopes Barros, Sâmara Dalliana; De Queiroz, Johny Carlos; De Melo, Raimunda Maria. Cuidando y humanizando: obstáculos que dificultan esta práctica. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):598-603.
- (48) Poblete Troncoso Margarita, Valenzuela Suazo Sandra. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(4). 499-503
- (49) Orkaizagirre Gómara, Aintzane. La influencia de las condiciones laborales sobre los cuidados invisibles. *Rev.Jalgi*, Mayo 2012. 53:26-31. Disponible en: <http://www.coegi.org/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=f29c9e7f-814f-4d5d-9057-869ff1a23782&Cod=5dd78a89-a451-48c3-961c-4db8afd6d5b9>. Consultado el: 25/06/2012
- (50) Piedra Cubells, Mónica de la; Silva Tomás, Pablo. Cuidados invisibles. *Educare21*. España. 2011.75. Disponible en: http://www.enfermeria21.com.roble.unizar.es:9090/publicaciones/educare/?task=ver_articulos_seccion&idPublica=4&numRevista=75&idSeccion=4438&id_menu=10

(51) Baggio, Maria Aparecida; Erdmann, Alacoque Lorenzini. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. *Acta paul. enferm.* [online]. 2010, vol.23, n.6 [Consultado el 15/06/2012], pp. 745-750. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000600005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-2100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600005>

(52) Ortiz Caballero, Clara; Jiménez López, Ana. Cuidados invisibles. Cuidados imprescindibles. *Rev Paraninfo Digital*, 2010; 10. Disponible en: <<http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n10/p012.php>> Consultado el 15/06/2012

(53) Martínez Villarreal, Dolores; Rodríguez Ruiz, Ana María; Ramírez Llarás, Ana; García Uso, Asunción; Fabregat Casamitjana, M Assumpta; Fusté Vendrell, Angels. Necesidades percibidas por mujeres mayores que viven solas y reciben atención domiciliaria: investigación cualitativa. *Enferm Clínica*. 2007 may-jun. 17(3):134-141

(55) Fajardo Trasobares ME, Germán Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería* [Index Enferm] (edición digital) 2004; 46. Disponible en <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/index-enfermeria/46revista/46_articulo_9-12.php> Consultado el 6/02/2012

(56) Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona etc.: Salvat; 1990.

ANEXO I

A LA ATENCIÓN DE LA SRA. DIRECTORA DE ENFERMERÍA DEL “HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS”

Yo **MARTA CALLÉN GALINDO**, con DNI 18048305-K, con domicilio en Avenida Juan XXIII, Nº 9, 8º B, de Huesca, en calidad de responsable del proyecto, ante usted respetuosamente **SOLICITO** :

Que se me otorgue la correspondiente autorización para realizar un trabajo de investigación científica en el área de hospitalización del “Hospital Sagrado Corazón de Jesús” durante el periodo comprendido entre Febrero y Junio del año 2012. Dicha investigación forma parte del proyecto final del Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería, realizado en la Universidad de Zaragoza y cursado durante el presente año.

Este estudio consiste en la realización de un análisis comparativo entre los cuidados ejercidos por el personal de enfermería y la percepción de los mismos por pacientes y acompañantes que se encuentran ingresados. Para la obtención de los datos, pasaré un cuestionario a rellenar por ambos grupos a estudio, en el cual queda garantizada la confidencialidad en todo momento.

Por lo expuesto, le agradeceré acceder a lo solicitado.

Fdo: Marta Callén Galindo

Huesca, 2 de Febrero de 2012

ANEXO 2

Documento de consentimiento informado

D/Dña.....

Confirmando que he sido suficientemente informado/a acerca de la investigación en la que acepto participar.

Entiendo que ésta investigación pretende explorar la calidad de los cuidados que los profesionales de enfermería realizan en su trabajo hospitalario y tiene como propósito disponer de la percepción de los usuarios y familiares en relación con el colectivo de enfermería así como conocer las expectativas, necesidades, demandas y sugerencias que puedan aportar para mejorar esta calidad en la atención.

El método empleado para la recolección de datos será la cumplimentación de un cuestionario individual.

Al aceptar participar en este estudio comprendo que mi colaboración es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando lo desee, sin necesidad de dar explicaciones.

El análisis de los datos será contrastado por otro colaborador de la investigadora con el fin de reflejar de manera fiel los datos aportados por el informante.

Algún dato del cuestionario que se considere de especial relevancia, podrá ser incluido en la publicación final con el propósito de dar mayor riqueza al estudio y favorecer la comprensión y acercamiento de los lectores al fenómeno tratado en esta investigación, siempre de manera anónima.

Los datos finales tras el análisis de los cuestionarios serán puestos en conocimiento de los participantes si así lo desean.

Así doy mi consentimiento para participar en este estudio:

Firma del participante.....

Fecha.....

Dña: Marta Callén Galindo, he informado de todo lo anterior al participante D/Dña..... Del trabajo que se va a realizar, aclarando sus dudas y asegurando que ha comprendido todos los términos.

Firma.....

Para cualquier duda relacionada con el estudio, puede llamar al teléfono 696.874.468. Le agradezco profundamente su colaboración.

Si desea recibir los resultados del estudio le solicito me facilite a continuación una dirección de correo electrónico o correo postal para hacérselos llegar:

ANEXO 3

Fecha: _____

Cuestionario Care Q – Patricia Larson

Datos referentes a la enfermera/o:

Fecha de nacimiento _____

Marque con una X: Mujer____ Hombre____

Años ejerciendo la profesión de enfermería _____

Tiempo que lleva trabajando en el servicio _____

Valore de 0 a 10, rodeando con un círculo, la percepción que tiene con respecto a la calidad del cuidado que usted ejerce sobre sus pacientes:

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

• Haga un breve resumen de la formación más relevante que usted tiene en el campo de la enfermería.

• Indique qué significado tiene para usted la profesión que ejerce y cuál es su concepto del Cuidado.

INSTRUCCIONES: A continuación, tiene una serie de afirmaciones sobre distintas situaciones que se puede encontrar en su experiencia diaria. Por favor, use la escala de 1 a 5 para indicar la importancia que usted otorga a cada una de estas situaciones (siendo 1 nada importante, y 5 muy importante). Responda de acuerdo a lo que realmente refleja su trabajo diario y no a lo que usted piensa que debería ser. Rodee con un círculo la opción elegida.

EJEMPLO:

10. Enseña al paciente a cuidar de sí mismo siempre que sea posible

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	④	3	2	1

■ **Es Accesible**

1. Se acerca frecuentemente al paciente ofreciendo cosas tales como medicamentos para el dolor, masajes, etc.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

2. Se ofrece a hacer pequeñas cosas para el paciente como por ejemplo ofrecer una infusión.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

3. Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

4. Examina al paciente con frecuencia.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

5. Responde rápidamente la llamada del paciente.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

6. Anima al paciente a que llame si tiene problemas.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

▪ **Explica y Facilita**

7. Informa al paciente sobre los sistemas de ayuda disponibles, tales como los grupos de auto-ayuda o los pacientes con enfermedades similares.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

8. Ayuda al paciente a expresarse, proporcionándole información adecuada.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

9. Comenta con el/la paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de su enfermedad y tratamiento.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

10. Enseña al paciente a cuidar de sí mismo siempre que sea posible.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

11. Sugiere al paciente las preguntas que puede formularle a su médico.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

12. Es honesta con el paciente en cuanto a su estado clínico.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

■ **Conforta**

13. Procura medidas básicas de confort, tales como iluminación adecuada, control de ruido y sabanas adecuadas, entre otros.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

14. Infunde ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

15. Tiene paciencia aún con los pacientes difíciles.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

16. Es jovial.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

17. Se sienta con el paciente.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

18. Toma al paciente de la mano, cuando él necesita que alguien lo anime.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

19. Escucha al paciente.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

20. *Habla con el paciente.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

21. *Involucra a la familia o a otros seres queridos del paciente en su cuidado.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

■ **Se Anticipa**

22. *Toma conciencia de que la noche es a menudo el tiempo más difícil para el paciente.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

23. *Se anticipa al impacto del paciente y su familia con relación al diagnóstico y planifica oportunidades para hablarles al respecto, individualmente o en grupo.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

24. *Sabe cuando el paciente "ha tenido suficiente" y actúa en concordancia, por ejemplo, reprograma un examen, selecciona la visita de acuerdo con el gusto del paciente, garantiza privacidad...*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

25. *Es receptiva ante las necesidades del paciente, y planea y actúa en consecuencia, por ejemplo, administra un medicamento para evitar las náuseas, cuando el paciente está recibiendo una medicina que probablemente le causará náuseas.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

26. *Anticipa que las primeras veces son las más duras y presta especial atención al paciente en esos momentos.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

■ **Mantiene Relación de Confianza**

27. *Cuando está con un paciente, se concentra sólo en ese único paciente.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

28. *Continúa interesada en el paciente incluso cuando la fase crítica ha pasado.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

29. *Ofrece al paciente alternativas razonables, tales como elección del tiempo para las citas, tiempo para el baño, entre otras.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

30. *Ayuda al paciente a establecer metas realizables.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

31. *Comprueba con el paciente la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su estado.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

32. Comprueba las percepciones del paciente con el mismo paciente antes de iniciar cualquier intervención, por ejemplo si la enfermera tiene la percepción de que el paciente esta ofuscado con el plan de tratamiento, lo discute con el paciente antes de hablar al respecto con el médico.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

33. Ayuda al paciente a aclarar su pensamiento acerca de su enfermedad.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

34. Acepta que el paciente es el que mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible, en la planificación y administración del cuidado.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

35. Anima al paciente para que le formule las preguntas que pueda tener.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

36. Coloca al paciente en primer lugar, sin importar que otra cosa suceda.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

37. Es agradable y amistosa con los familiares del paciente y los demás allegados.

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

38. *Permite al paciente expresar totalmente sus sentimientos acerca de su enfermedad y tratamiento, manejando la información confidencialmente.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

39. *Pregunta al paciente como prefiere que lo llamen*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

40. *Tiene un acercamiento constante con el paciente.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

41. *Logra conocer al paciente como una persona individual.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

42. *Se presenta al paciente, le explica el procedimiento a realizar*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

■ **Monitorea y Hace Seguimiento**

43. *Su vestuario e insignias la caracterizan como enfermera, usando la ropa apropiada.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

44. *Se cerciora de que la programación de citas profesionales, por ejemplo, procedimientos especiales, se acomodan a la real condición y situación del paciente.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

45. *Considera que es organizada.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

46. *Sabe aplicar inyecciones, etc. y manipular equipos de uso parenteral (sueros), las maquinas de aspiración y otros equipos que haya en el servicio.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

47. *Es calmada.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

48. *Proporciona un buen cuidado físico al paciente.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

49. *Se asegura de que otros sepan cómo cuidar al paciente.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

50. *Sabe cuando llamar al médico.*

Muy importante	Algo importante	Ni importante ni sin importancia	Poco importante	Nada importante
5	4	3	2	1

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 4

Percepción de la calidad del cuidado invisible de enfermería

*Para usar este cuestionario debe pedir permiso a la autora Isabel Huércanos Esparza
isa_he_1985@hotmail.com*

Fecha: _____ Iniciales del paciente/familiar: _____

Contesta el cuestionario: Paciente _____ Cuidador/a familiar _____

Nivel de estudios de la persona que responde al cuestionario, marque con una X:

Sin estudios titulados _____ Primarios _____ Secundarios _____ Universitarios _____

En caso de ser usted familiar de la persona ingresada, por favor responda a estas preguntas con sus datos personales:

Edad _____ Parentesco con el paciente _____

Marque con una X: Mujer _____ Hombre _____

Datos referentes al paciente:

Fecha de nacimiento _____

Marque con una X: Mujer _____ Hombre _____

Ciudad de residencia _____ ¿En qué hospital ha estado ingresado/a? _____

Servicio en el que estuvo ingresado _____ Mes del último ingreso _____

¿Cuánto duró su estancia en el hospital? _____

Motivo del ingreso _____ ¿Tiene usted alguna otra enfermedad? _____

Valore de 0 a 10, rodeando con un círculo, la satisfacción que tiene con respecto a la atención que ha recibido de las enfermeras a lo largo de su vida:

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

Marque con una X la respuesta que estime oportuna para cada pregunta con respecto a su última experiencia hospitalaria.

RECUERDE: SOLO PERSONAL DE ENFERMERÍA –NO MÉDICOS o MÉDICAS-

Usamos el femenino pero incluye a enfermeros y enfermeras

EJEMPLO

P3. ¿Acudía a comprobar cómo estaba usted aunque no la hubiera llamado?

Nunca ☐ Casi nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☒ Siempre ☐

<p><i>P1. ¿Se preocupaba por cómo se encontraba incluso cuando la situación más grave ya había pasado?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P2. Aunque no era su enfermera de referencia en ese turno ¿se preocupaba por su situación?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P3. ¿Acudía a comprobar cómo estaba usted aunque no la hubiera llamado?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P4. ¿Le atendió con rapidez cuando la llamó?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P5. ¿Considera que la enfermera le dedicó el tiempo adecuado que usted necesitó?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P6. ¿Le dijo como avisar si necesitaba algo o tenía algún problema?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P7. ¿Se mostró dispuesta a aclararle las dudas que le surgieron durante el ingreso?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P8. ¿Intentó tranquilizarle dándole la información que usted necesitaba en un momento dado?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P9. ¿Le dio ánimos cuando los necesitó?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P10. ¿Le dedicó momentos y/o espacios para hablar sobre temas que le preocupan o interesan sobre su proceso, con usted y/o su familia?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P11. ¿Ha sentido que la enfermera en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted estaba pasando?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P12. ¿Utilizó la enfermera un lenguaje comprensible para dirigirse a usted?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>



<p><i>P13. ¿Se ha sentido acompañado por la enfermera, o durante su estancia hospitalaria?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P14. ¿Se sentó cerca de usted para hablar?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P15. ¿Se sintió reconfortado cuando lo necesitó?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P16. ¿Le atendió con delicadeza?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P17. ¿Le ofreció una taza de té o café, zumo, una revista, etc., o le preguntó si necesitaba algo?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P18. ¿Estuvo atenta para administrarle la medicación cuando tuvo dolor?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P19. ¿Procuró que el entorno de la habitación fuera confortable, para facilitarle comodidad y descanso?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P20. ¿Le tuvo en cuenta, haciéndole preguntas y escuchándole? (sobre su proceso, sus gustos, sus costumbres, etc.)</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P21. ¿Realizó otro tipo de acciones para disminuir el dolor, la fiebre, la inflamación, vómitos, (...) cuando la medicación no era efectiva o no era posible proporcionarle más medicación? ¿Cuales? _____</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P22. ¿Procuró preservar su intimidad durante el aseo?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P23. ¿Le enseñó algunas pautas (cómo tomar la medicación, dieta, ejercicio, etc.) para prevenir la recaída de la enfermedad o para llevar un manejo de la enfermedad adecuado en su domicilio?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P24. ¿Se encargó de coordinar las actividades del resto de profesionales (médicos, trabajadores sociales, auxiliares, celadores,...) para que se le administrara una atención apropiada?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P25. ¿Supo cómo actuar en cada momento?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>	<p>No se entiende <input type="checkbox"/></p> <p>No procede <input type="checkbox"/></p>

P26. ¿Cree que la enfermera tomó sus propias decisiones para cuidarle mejor?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P27. ¿Procuró que su familia participara en su cuidado, enseñándoles lo necesario de cara al alta?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P28. ¿Tuvo en cuenta a su familia y su situación durante el ingreso, cuidando también de ellos de alguna manera?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P29. ¿Considera que la enfermera fue sincera con usted durante su proceso de enfermedad?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P30. ¿Procuró preservar su intimidad al darle información delicada?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>
P31. ¿Fue amable con usted en su ingreso en el hospital?	No se entiende <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>	No procede <input type="checkbox"/>

A continuación, aparecen una serie de preguntas para que conteste Sí o No según la experiencia que usted haya tenido durante su ingreso. Además si desea hacer alguna apreciación puede escribirla en la línea que hay debajo de cada pregunta.

P32. ¿La enfermera se presentó diciéndole su nombre la primera vez que le atendió?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
P33. ¿Se siente satisfecho/a con el cuidado que las enfermeras,os le han dado?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
P34. ¿Considera que la enfermera, o ocupa un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
P35. ¿Tiene usted confianza y seguridad en las enfermeras,os que le han atendido?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
P36. ¿Está satisfecho/a con la manera en que se ha resuelto el problema de salud que motivó su ingreso?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
P37. ¿Está satisfecho con el médico/a que le ha atendido?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____

Le pedimos un último esfuerzo, por favor, desde su experiencia en el hospital, en cuanto a la atención recibida por el personal de enfermería durante su ingreso

P38. ¿Qué ha sido lo más importante para usted?

P39. ¿Se han cumplido las expectativas que usted tenía sobre las enfermera/os que le han atendido o a habido algo que ha echado en falta?

P40. ¿Qué ha sido lo peor en cuanto a la atención recibida?

P41. ¿Recuerda el nombre de alguna enfermera/o o auxiliar? Si es así, ¿Cuál es el motivo?

P42. Finalmente, díganos cosas para mejorar la atención de enfermería (puede escribir por detrás de la hoja)

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 5

Es accesible	Explica y facilita	Conforta	Se anticipa	Mantiene relación de confianza	Monitorea y hace el seguimiento
P.3	P.6	P.9	P.20	P.1	P.21
P.4	P.10	P.13	P.24	P.2	P.25
P.5	P.11	P.14		P.7	P.26
P.17	P.12	P.15		P.8	
P.18	P.23	P.16			
	P.27	P.19			
	P.29	P.22			
		P.28			
		P.30			
		P.31			

Distribución de las preguntas del PCIE por subescalas del Care-Q

ANEXO 6

	N	Media	Desviación típica
Edad	18	41 (años)	8,75
Años de ejercicio de la profesión	18	16,67 (años)	7,08
Tiempo trabajando en el servicio	18	5,86 (años)	5,54
Percepción de la calidad del cuidado ejercido	20	7,93 (puntos)	0,80

Tabla 1: Media de las variables independientes cualitativas del Care-Q

Nº pregunta	Media	Desviación típica	Subescala
46	4.94	0.236	Monitorea y hace el seguimiento
3	4.83	0.383	Es accesible
6	4.61	0.502	Es accesible
19	4.50	0.514	Conforta
37	4.50	0.618	Mantiene relación de confianza
50	4.50	0.618	Monitorea y hace el seguimiento
48	4.44	0.511	Monitorea y hace el seguimiento
43	4.39	0.698	Monitorea y hace el seguimiento
14	4.28	0.575	Conforta
5	4.28	0.669	Es accesible

Tabla 2: Las 10 preguntas con mayor puntuación media del cuestionario Care-Q

Nº pregunta	Media	Desviación típica	Subescala
45	1.39	0.502	Monitorea y hace el seguimiento
7	2.78	0.878	Explica y facilita
23	2.89	0.676	Se anticipa
24	3.17	0.857	Se anticipa
29	3.28	1.018	Mantiene relación de confianza
17	3.33	0.907	Conforta
41	3.33	0.840	Mantiene relación de confianza
31	3.39	0.698	Mantiene relación de confianza
2	3.44	0.856	Es accesible
39	3.44	0.856	Mantiene relación de confianza

Tabla 3: las 10 preguntas con menor puntuación media del cuestionario

Nº de pregunta	α de Cronbach al eliminar el elemento
1	0.945
2	0.946
3	0.948
4	0.945
5	0.947
6	0.946
7	0.946
8	0.946
9	0.946
10	0.946
11	0.945
12	0.947
13	0.946
14	0.945
15	0.946
16	0.947
17	0.944
18	0.944
19	0.945
20	0.944
21	0.948
22	0.947
23	0.946
24	0.946
25	0.944
26	0.944
27	0.946
28	0.945
29	0.944
30	0.945
31	0.945
32	0.945
33	0.944
34	0.944
35	0.944
36	0.946
37	0.946
38	0.945
39	0.949
40	0.945
41	0.945
42	0.945
43	0.949
44	0.944
45	0.947
46	0.947
47	0.946
48	0.945
49	0.946
50	0.946

Tabla 4. Alfa de Cronbach al eliminar el elemento del Care-Q

“ES ACCESIBLE”	N	P valor
Edad	18	0.352 ^a
Años de ejercicio de la profesión	18	0.619 ^a
Tiempo trabajando en el servicio	18	0.221 ^a
Percepción de la calidad del cuidado ejercido	15	0.021 ^a
Sexo	18	0.242 ^b

Tabla 5: Correlaciones para la escala Care-Q, subescala “Es Accesible”

(a): Obtenidos mediante Pearson

(b): Obtenidos mediante U de Mann Whitney

“EXPLICA Y FACILITA”	N	P valor
Edad	18	0.649 ^a
Años de ejercicio de la profesión	18	0.690 ^a
Tiempo trabajando en el servicio	18	0.142 ^a
Percepción de la calidad del cuidado ejercido	15	0.113 ^a
Sexo	18	0.175 ^b

Tabla 6: Correlaciones para la escala Care-Q “Explica y facilita”

(a): Obtenidos mediante Pearson

(b): Obtenidos mediante U de Mann Whitney

“CONFORTA”	N	P valor
Edad	18	0.944 ^a
Años de ejercicio de la profesión	18	0.590 ^a
Tiempo trabajando en el servicio	18	0.093 ^a
Percepción de la calidad del cuidado ejercido	15	0.016 ^a
Sexo	18	0.207 ^b

Tabla 7: Correlaciones para la escala Care-Q, subescala confort

(a): Obtenidos mediante Pearson

(b): Obtenidos mediante U de Mann Whitney

“SE ANTICIPA”	N	P valor
Edad	18	0.663 ^a
Años de ejercicio de la profesión	18	0.323 ^a
Tiempo trabajando en el servicio	18	0.236 ^a
Percepción de la calidad del cuidado ejercido	15	0.054 ^a
Sexo	18	0.497 ^b

Tabla 8: Correlaciones para la escala Care-Q, subescala “Se anticipa”

(a): Obtenidos mediante Pearson

(b): Obtenidos mediante U de Mann Whitney

“MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA”	N	P valor
Edad	18	0.737 ^a
Años de ejercicio de la profesión	18	0.937 ^a
Tiempo trabajando en el servicio	18	0.134 ^a
Percepción de la calidad del cuidado ejercido	15	0.007^a
Sexo	18	0.288 ^b

Tabla 9: Correlaciones para la escala Care-Q, subescala “Mantiene relación de confianza”

(a): Obtenidos mediante Pearson

(b): Obtenidos mediante U de Mann Whitney

“MONITOREA Y HACE EL SEGUIMIENTO”	N	P valor
Edad	18	0.908 ^a
Años de ejercicio de la profesión	18	0.587 ^a
Tiempo trabajando en el servicio	18	0.590 ^a
Percepción de la calidad del cuidado ejercido	15	0.271 ^a
Sexo	18	0.491 ^b

Tabla 10: Correlaciones para la escala Care-Q, subescala “Monitorea y hace el seguimiento”

(a): Obtenidos mediante Pearson

(b): Obtenidos mediante U de Mann Whitney

SUBESCALA	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. TÍPICA
“Es accesible”	30	2,20	5,00	4,2350	0,65799
“Explica y facilita”	30	2,71	5,00	4,2354	0,59470
“Conforta”	30	2,90	5,00	4,3787	0,50090
“Se anticipa”	30	1,00	5,00	3,9167	1,10706
“Monitorea y hace seguimiento”	30	3,00	5,00	4,4167	0,65763
“Mantiene relación de confianza”	30	2,67	5,00	4,2473	0,64651

Tabla 11. Media de las subescalas del cuestionario PCIE

Nº PREGUNTA	MEDIA	DESV.TÍPICA	SUBESCALA
22	4,86	0,363	“Conforta”
31	4,79	0,579	“Conforta”
6	4,64	0,745	“Explica y facilita”
25	4,57	0,646	“Monitorea y hace el seguimiento”
30	4,57	0,646	“Conforta”
29	4,57	0,852	“Explica y facilita”
9	4,50	0,650	“Conforta”
7	4,43	0,646	“Mantiene relación de confianza”
4	4,36	0,745	“Es accesible”
5	4,36	0,745	“Es accesible”

Tabla 12. Las 10 preguntas del PCIE con las medias más altas

Nº PREGUNTA	MEDIA	DESV.TÍPICA	SUBESCALA
20	3,43	1,604	“Se anticipa”
11	3,64	1,082	“Explica y facilita”
14	3,71	1,204	“Conforta”
3	3,79	0,975	“Es accesible”
23	3,79	1,369	“Explica y facilita”
26	3,86	1,406	“Monitorea y hace el seguimiento”
19	3,93	0,829	“Conforta”
2	4,00	1,038	“Mantiene relación de confianza”
10	4,00	0,784	“Explica y facilita”
21	4,07	0,730	“Monitorea y hace el seguimiento”

Tabla 13. Las 10 preguntas del PCIE con las medias más bajas

Subescalas	Sig. según prueba de Levene	t	Sig. (bilateral)
“Es accesible”	0,159	0,1517	0,141
“Explica y facilita”	0,523	1,363	0,184
“Conforta”	0,134	2,408	0,023
“Se anticipa”	0,407	0,388	0,701
“Mantiene relación de confianza”	0,675	0,061	0,952
“Monitorea y hace seguimiento”	0,149	1,609	0,119

Tabla 14. T Student para relacionar las subescalas del PCIE con la variable: Quién contesta al cuestionario (paciente/familiar)

Subescalas	Sig. según prueba de Levene	t	Sig. (bilateral)
“Es accesible”	0,815	0,931	0,363
“Explica y facilita”	0,830	1,305	0,207
“Conforta”	0,587	1,433	0,168
“Se anticipa”	0,822	1,323	0,201
“Mantiene relación de confianza”	0,820	0,830	0,417
“Monitorea y hace seguimiento”	0,522	1,155	0,262

Tabla 15. T Student para relacionar las subescalas del PCIE con la variable: sexo del familiar

Subescalas	Sig. según prueba de Levene	t	Sig. (bilateral)
“Es accesible”	0,570	0,554	0,584
“Explica y facilita”	0,463	0,940	0,355
“Conforta”	0,509	0,955	0,348
“Se anticipa”	0,591	0,611	0,546
“Mantiene relación de confianza”	0,946	1,189	0,244
“Monitorea y hace seguimiento”	0,587	1,155	0,258

Tabla 16. T Student para relacionar las subescalas del PCIE con la variable: sexo del paciente

Subescalas	Sig. según prueba de Levene	t	Sig. (bilateral)
“Es accesible”	0,055	1,808	0,081
“Explica y facilita”	0,118	1,145	0,262
“Conforta”	0,121	2,058	0,049
“Se anticipa”	0,041*	0,758	0,477
“Mantiene relación de confianza”	0,034*	0,657	0,535
“Monitorea y hace seguimiento”	0,044*	1,002	0,354

Tabla 17. T Student para relacionar las subescalas del PCIE con la variable: mes de ingreso
(*)Varianzas asumidas no iguales según la prueba de Levene

Subescalas	Sig. según prueba de Levene	t	Sig. (bilateral)
“Es accesible”	0,741	-0,362	0,721
“Explica y facilita”	0,720	-1,556	0,132
“Conforta”	0,804	-0,826	0,416
“Se anticipa”	0,345	-0,677	0,505
“Mantiene relación de confianza”	0,902	-0,506	0,617
“Monitorea y hace seguimiento”	0,021*	1,202	0,255

Tabla 18. T Student para relacionar las subescalas del PCIE con la variable: padece de otras enfermedades.

(*)Varianzas asumidas no iguales según la prueba de Levene

SUBESCALA	F	SIG.
Es accesible	0,967	0,423
Explica y facilita	1,506	0,236
Conforta	1,690	0,194
Se anticipa	0,320	0,811
Mantiene relación de confianza	0,120	0,947
Monitorea y hace seguimiento	1,935	0,149

Tabla 19. ANOVA entre subescalas PCIE y variable “Estudios de quien contesta al cuestionario”

SUBESCALA	F	SIG.
Es accesible	1,500	0,248
Explica y facilita	0,691	0,638
Conforta	0,814	0,558
Se anticipa	0,729	0,613
Mantiene relación de confianza	1,081	0,410
Monitorea y hace seguimiento	2,300	0,097

Tabla 20. ANOVA entre subescalas del PCIE y variable “parentesco con el paciente”

SUBESCALA	F	SIG.
Es accesible	1,729	0,152
Explica y facilita	1,308	0,306
Conforta	2,307	0,060
Se anticipa	1,246	0,338
Mantiene relación de confianza	1,249	0,336
Monitorea y hace seguimiento	0,675	0,765

Tabla 21. ANOVA entre subescalas del PCIE y variable “ciudad donde reside”

	N TOTAL	SIG. (BILATERAL)
CONTROL A – CONTROL B	7	0,076
CONTROL A - CONTROL C	6	0,037
CONTROL B – CONTROL C	7	0,032

Tabla 22. U de Mann-Whitney entre la subescala del PCIE “Se anticipa” y la variable “Servicio en el que estuvo ingresado”

<i>Sig. Según Pearson</i>	“Es accesible”	“Explica y facilita”	“Conforta”	“Se anticipa”	“Mantiene relación de confianza”	“Monitorea y hace el seguimiento”
Edad del familiar	0,345	0,578	0,205	0,076	0,342	0,446
Edad del paciente	0,158	0,407	0,427	0,954	0,098	0,106
Valoración satisfacción de las enfermeras a lo largo de la vida	0,000	0,012	0,000	0,004	0,034	0,050

Tabla 23. Grado de significación según Pearson para las variables cuantitativas con respecto a las subescalas del PCIE

<i>Variable: “Duración del ingreso”</i>	Sig. Según Spearman	N
“Es accesible”	0,421	30
“Explica y facilita”	0,315	30
“Conforta”	0,132	30
“Se anticipa”	0,584	30
“Mantiene relación de confianza”	0,255	30
“Monitorea y hace seguimiento”	0,418	30

Tabla 24. Coeficiente de correlación de Spearman entre subescalas y la variable: “Duración del ingreso”

ANEXO 7

Gráfico 1. Comparación de las medias de las subescalas de ambos cuestionarios

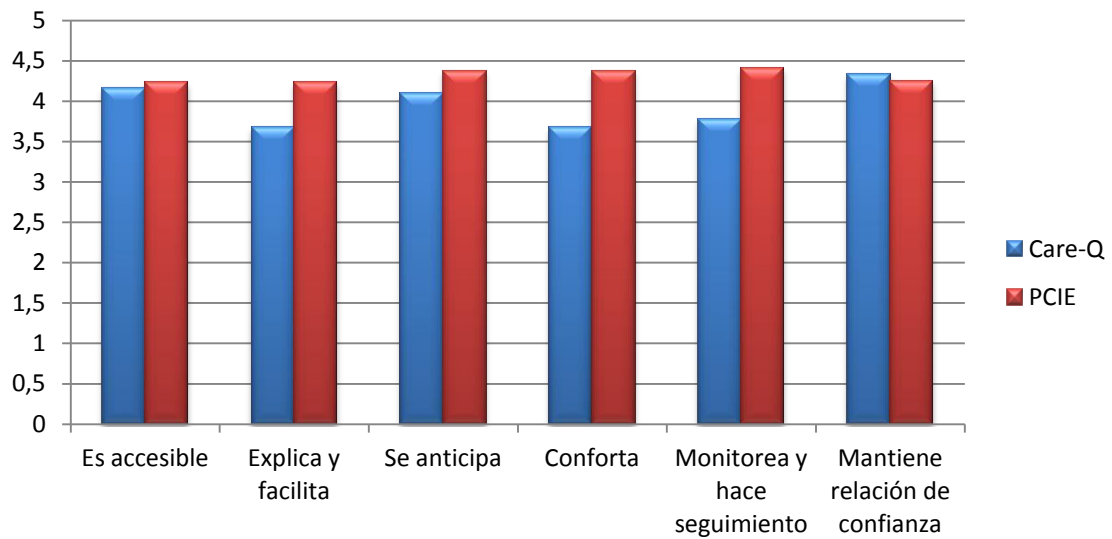


Gráfico 2. Alfa de Cronbach por subescalas de Care-Q y PCIE

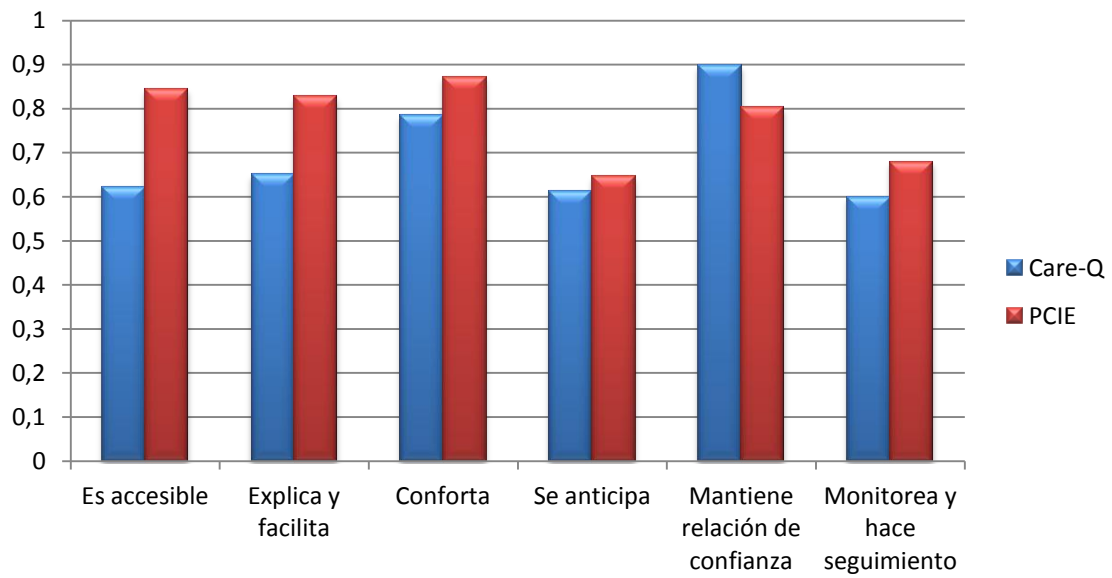


Gráfico 3. Kolmogorov-Smirnov para Care-Q y PCIE

